PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI,
ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH
ZAGRANICZNYCH

CZASOWO ORGAN IZB LEKARSKICH W KRAKOWIE I WE LWOWIE

O R A Z

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH
B. KONGRESÓWKI

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LX — 1921.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1921.

SPIS RZECZY.

(Liczby oznaczają stronice. Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

I. Artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

SPIS AUTORÓW.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona

Nr 1. Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Pluczki 28. Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczed. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków. ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 10·—, w nadesłanem Mkp. 12·—, w tekście Mkp. 14·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Zasady leczenia zapaleń nerek

napisał **Doc. Dr Jan Nowaczyński**, asystent kliniki chorób wewn. U. J.

(Według odczytu w Tow. lek. krak.).

Badania czynnościowe nerek t. zn. badanie zdolności wydzielania przez nerki ciał, wchodzących w skład moczu (wody, soli (NaCl) i produktów azotowych przemiany materji), tak w warunkach prawidłowych jak i w stanach chorobowych stworzyło nietylko nowoczesną djagnostykę chorób nerek, lecz także dało i dla leczenia ich bardzo ważne wskazówki, oraz podstawy właściwe dla zabiegów djetetyczno-leczniczych, które przedtem stosowano tylko empirycznie. Dawniej, opierając się na zasadzie oszczędzania chorego narządu, popełniano w stosowaniu stereotypowej djety t. zw. białej nieraz błędy ze szkodą dla chorego. Tymczasem badania czynnościowe wykazały, że są zapalenia nerek, w których wydzielanie wody, soli oraz resztek przemiany materji nie ulega zaburzeniom, w drugich ulega tylko częściowym zmianom, a w innych wreszcie ogromnym nieprawidłowościom. Wynika stąd, że w leczeniu zapaleń nerek trzeba o tyle oszczędzać przepisami djetetycznemi nerki, o ile czynność ich jest upośledzona, a oszczędzi się choremu niejednej przykrości i uniknie szablonu. W myśl więc wyników tej czynnościowej diagnostyki, która, stwierdzając rodzaj i stopień uszkodzenia czynności nerek, musi stanowić podstawę dla wszelkich przepisów leczniczych, chcę przedstawić krótko sprawę leczenia zapaleń nerek: a to głównie zasady leczenia djetetycznego w myśl nowszych poglądów nauki na schorzenia nerek i uzyskanych stąd wskazań, zwracając uwagę na to, co jest zbyteczne lub szkodliwe w leczeniu, a co okazało się korzystnem.

Jak wiemy, rozróżniamy obecnie wśród chorób nerek, dawniej objętych ogólną nazwą zapaleń, najogólniej biorąc trzy kategorje schorzeń, mianowicie: 1. nefrozy, czyli schorzenia ze zmianami zwyradniającemi, 2. właściwe zapalenia nerek, ostre i przewlekłe czyli nefrosklerozy zapalne (wtórna nerka marska), oraz 3. nefrosklerozy pierwotne. To wszystko są schorzenia rozlane, obejmujące cały miąższ nerek w odróżnieniu od zmian ogniskowych, które pod względem leczniczym schodzą na drugi plan.

Jak wiemy, w obrazie chorobowym nefroz głównym objawem są obrzęki, nieraz dochodzące do rozmiarów ogromnych, a będące następstwem zatrzymania w ustroju wody i soli. Zatrzymanie tych ciał nie jest spowodowane upośledzeniem zdolności nerek do ich wydzielania, lecz czynnikami pozanerkowemi t. j. wzmożoną przepuszczalnością naczyń obwodowych i włosowatych, jak twierdzi Volhard, lub wzmożonem wiązaniem wody przez tkanki, jak utrzymuje Fischer; a zatem wynikałoby z tego, że w nefrozach właściwie zaburzeń czynności nerek niema. Jeśli obrzęków lub nawet skłonności do nich w nefrozach niema, jak to się widzi w nefrozach lekkich oraz w białkomoczach gorączkowych, toksycznych lub zakaźnych, to leczenie djetetyczne jest zbyteczne. W tych razach podamy choremu zwykłe pożywienie mieszane, zakazując wszelkich nadużyć w jedzeniu. W nefrozach ciężkich natomiast zadanie nasze będzie trudniejsze, a najważniejszem leczeniem będzie djetetyka, która ma na celu zwalczanie obrzęków. Leczenie to datuje się od badań Widala i Straussa w 1903 r., którzy pierwsi zwrócili uwagę na znaczenie soli w powstawaniu obrzęków. I choć teorja obrzęków Widala, która tłómaczy powstawanie ich niedomogą wydzielniczą nerek dla soli, wiodącą wtórnie do zatrzymania wody w ustroju, obecnie jest zarzucona, gdyż, jak się okazało, wydzielanie soli przez chore cewki w nefrozach nie jest upośledzone, to jednakże wpływ soli na powstawanie obrzęków nie traci na znaczeniu. W myśl tego więc zasadą w leczeniu nefroz będzie usunięcie soli z pożywienia oraz ograniczenie płynów. W praktyce ścisłe przeprowadzenie djety bezsolnej napotyka nieraz na duże trudności: zważyć bowiem musimy, że mamy do czynienia z chorobą przewlekłą, zwykle bardzo długo trwającą, dalej, że nawet zupełną dietą bezsolną nie zdołamy usunąć obrzęków i że wreszcie dieta bezsolna, dłuższy czas stosowana, jest nietylko męką dla chorego, budzi w nim wstręt do jedzenia, lecz także pociąga za sobą niebezpieczny dla niego stan niedożywienia, do czego dopuścić nie możemy. Toteż w praktyce nie będziemy mogli stosować przez długi czas djety bezsolnej i po pewnym czasie od niej odstąpimy. Nawet więc w ciężkich nefrozach podamy małe ilości soli, około 1—3 gr. na dobę. Dodatek soli poprawi smak potraw, przez co chory będzie więcej jadł, a obrzęków tą ilością soli nie zwiększymy. W lżejszych przypadkach możemy podać 5—6 gr. soli bez szkodliwego wpływu na obrzęki. W okresie choroby bez obrzęków zwiększyć możemy ilość soli do 8 gr. na dobę. Zależnie od ciężkości przypadku będziemy stosować dietę bezsolną raz lżejszą, raz cięższą, t. zn. z większą lub mniejszą zawartością soli, a stosować ją będziemy dopóty, aż obrzęki znikną. Zwiększanie jakoteż zmniejszanie ilości soli powinno odbywać się bardzo powoli i stopniowo, a nigdy nagle; stąd też stosowanie t. zw. dni bezsolnych nie jest racjonalne. Gdy obrzęki zaczną ustępować i znikać, zwiększymy ilość soli dla stwierdzenia tolerancji chorego dla soli; kontrolą zaś tego będzie codzienne ważenie chorego. Przybytek wagi, który przemawia za wystąpieniem obrzęków nawet ukrytych (w tkankach), każe dietę obostrzyć. Pamiętać trzeba, że codzienne ważenie chorego jest pewnym sposobem praktycznym dla stwierdzenia zachowania się obrzęków.

Djetę bezsolną można uczynić choremu znośniejszą przez dodanie do potraw przypraw korzennych. Niesłusznem jest przekonanie ogólnie przyjęte, jakoby przyprawy te były szkodliwe dla nerek i że dlatego nie wolno ich podawać. Przeciwnie przypraw takich, jak pieprz, musztarda, kminek, anyżek, goździki, cynamon, cytryna, ocet i t. p. można w miernej ilości bez obawy używać, a są one ważnem i nieszkodliwem »corrigens« dla potraw, uznanem badaniami Widala w r. 1913; podawania przypraw w większej ilości należy unikać jedynie z powodu wzmagania pragnienia, jakie wywołują.

Co się tyczy białka, wiemy, że wydzielanie azotu w nefrozach jest prawidłowe i zdolność nerek do jego wydzielania w przypadkach niepowikłanych zmianami zapalnemi nie ulega zaburzeniu. Niema przeto powodu ani ze względów praktycznych ani teoretycznych ograniczać dowozu białka w nefrozach; mięso więc podawać można i wolno. Również ogólnie przyjęte zdanie, jakoby pewne gatunki mięsa były bardziej szkodliwe dla chorego, a inne mniej, jako że mają więcej lub mniej drażnić nerki, nie jest uzasadnione, gdyż, jak dotąd, nie stwierdzono jeszcze naukowo, jakie składniki mięsa szkodliwie działają na nerki. Tylko wtedy ograniczymy spożywanie mięsa, gdy jeszcze nie zbadaliśmy dokładnie przypadku i nie wiemy, czy mamy przed sobą czystą nefrozę, czy też nefrozę powikłaną zmianami zapalnemi. Ta ilość mięsa, którą podamy choremu z nefrozą, nie zaszkodzi nerkom, natomiast urozmaici djetę i, co ważniejsza, przyczyni się do podniesienia stanu odżywienia chorego.

Dalszem ważnem zadaniem w leczeniu nefroz jest uregulowanie płynów. Obfity dowóz płynów jest szkodliwy i zwiększa obrzęki. Z tych samych więc powodów, z jakich ograniczamy ilość soli, ograniczamy też pobieranie płynów, i nie licząc się z pragnieniem, jakie zwykle chorzy odczuwają, będziemy ściśle regulować ilości płynów, z początku codziennie, później co pewien czas, a kierować się będziemy zachowaniem się obrzęków i ilością moczu wydzielanego. W cięższych nefrozach pozwolimy na 1 litr płynów dziennie, w lżejszych na $1\frac{1}{2}$ litra. Możemy podawać: mleko (najwyżej $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ litra), herbatę, kawę, wodę z sokami owocowemi i t. p. oraz wody alkaliczne. W okresie bez obrzęków zwiększymy dowóz płynów tak dla próby, jak i w celach leczniczych, a w tych razach najlepiej podawać wody alkaliczne.

Od czasów Senatora i na jego polecenie stosuje się w chorobach nerek djetę mleczną. Mleko zalecano z tego powodu, że jest pożywne, zawiera dużo tłuszczu i białka, a mało soli i nie drażni nerek. Ilości jego, jakie podawano, były bardzo

wielkie, dosięgały 3 litrów i więcej na dobę. Podawanie mleka przeszło w szablon, który okazał się szkodliwym: chory jadł mleko ciągle i chudł przytem coraz więcej, a obrzęki nietylko nie zmniejszały sie, lecz przeciwnie zwiększały się. Dlaczego? Otóż dlatego, że spożywając dziennie np. 3 litry mleka, spożywał chory 5 gr. soli. 90 gr. białka i wprowadzał ogółem tylko 1950 kalorji; w 3 litrach mleka pobierał chory za dużo soli, dość dużo białka, przytem ogromne ilości płynu, a kalorji mało. Mleko więc, wbrew dawniejszym zapatrywaniom, zawiera duże ilości soli i białka (w 1 litrze 1·7 gr. NaCl i 30 gr. białka). Nic dziwnego, że mimo zachwalanej djety mlecznej stan chorych nie poprawiał się, lecz przeciwnie pogarszał się, nie mówiąc już o tem, że wyłączna djeta mleczna, stosowana dłuższy czas, sprawia choremu obrzydzenie, odbiera apetyt, a nawet wywołuje zaburzenia jelitowe całkiem niepożądane. Z tych powodów stosowanie szablonowe wyłącznej djety mlecznej, tak w nefrozach, jak i w zapaleniach nerek, jest nieracjonalne i szkodliwe, w nefrozach przez dużą zawartość soli i wielką ilość płynu, w zapaleniach zaś przez znaczne ilości białka. Mleko podawać będziemy w nefrozach w ilościach ograniczonych, do $^3/_4$—1 litra na dobę najwyżej, a zastąpimy je potrawami innemi, zamożniejszemi w kalorje. Z potraw dozwolonych wyliczę: ryż, wszelkie rodzaje kasz, potrawy mączne w różnych postaciach, jaja, ziemniaki, niesłone sery, jarzyny, owoce, kompoty, niesłone masło i tłuszcze, słodycze, cukier, czekolada i t. d. Chleb zawiera dość dużo soli, czarny np. 0·75%, więcej niż biały (0·6%); spożywanie jego musi być też w pewnym stopniu ograniczone.

U osób, które bez potraw słonych nie mogą się obyć, można sól zastąpić mrówczanem sodu (natr. formicicum), którego w większej ilości i bez szkody można używać do przyprawiania potraw.

O innych sposobach leczenia nefroz, jak np. zabiegach wodoleczniczych, napotnych, lekami i t. p. nie będę mówić. Przypomnę tylko, że wszystkie te zabiegi lecznicze są w nefrozach przeważnie bezskuteczne. Stosując je nawet całe miesiące nie zdołamy usunąć obrzęków, aż dopiero ustrój sam upora się z nimi i to dzieje się zwykle niespodziewanie, bez widocznej przyczyny. Z leków moczopędnych zalecają w ostatnich czasach podawanie mocznika (40—60 gr. dziennie); w pewnych przypadkach znów można osiągnąć pomyślny wynik tyreoidyną.

Powtórzę jeszcze raz, że głównym i jedynym środkiem zwalczającym obrzęki jest leczenie djetetyczne, t. j. jaknajdalej idące usunięcie z pożywienia soli oraz wody; leczeniem tem możemy panować nad objawami tak, że nie zagrażają życiu.

Co się tyczy leżenia w łóżku, to tu postępujemy czasem za surowo, a czasem za łagodnie. Chory z nefrozą ostrą lub przewlekłą, w której są obrzęki lub wyraźna skłonność do nich, musi pozostawać w łóżku nieraz bardzo długo, aż do ich zniknięcia. Natomiast gdzie niema obrzęków, a tylko sam białkomocz, choćby znacznego stopnia, leżenie w łóżku jest zbyteczne; nie wpłynie ono zupełnie na zmniejszenie się ilości białka.

Z nefroz zasługuje na wzmiankę nefroza kiłowa. Leczenie jej djetetyczne jest takiesamo, jak innych nefroz; dokładniejszego omówienia wymaga leczenie jej swoiste, więc sprawa stosowania salwarsanu i rtęci z uwagi na to, że, jak się okazuje, nefrozy kiłowe są częste, oraz że istnieje prawie ogólnie wśród lekarzy pewne uprzedzenie do tego leczenia. Salwarsan jest w nefrozach wskazany w każdym okresie choroby, nawet najcięższym, nie szkodzi zupełnie, a przyspiesza wyleczenie sprawy chorobowej. Inaczej rzecz się ma z rtęcią. Tu musimy postępować ostrożniej, gdyż rtęć jest trucizną dla nabłonków nerkowych, które właśnie w nefrozach ulegają schorzeniu. W przypadkach więc z dużemi obrzękami wcierań rtęci nie zastosujemy, gdyż nie osiągniemy wyniku leczniczego z powodu upośledzenia zdolności wessania tkanki podskórnej. Gdy jednakże obrzęki ustąpią, możemy spróbować ostrożnie leczenia rtęcią, kontrolując równocześnie zachowanie się białkomoczu, ilości moczu i ciężaru ciała. Przed stosowaniem rtęci w nefrozach kiłowych w postaci wstrzykiwań ostrzega się ze względu na duże ryzyko. Zdarza się czasem, że po zastosowaniu wcierań pojawią się nieznaczne obrzęki, lub istniejące zwiększą się chwilowo, lecz to nie powinno nas odstraszać, przeciwnie wkrótce zauważymy powiększone wydzielanie moczu. Co do jodu, to podobnie jak sól, zostaje on w ustroju zatrzymany w nefrozach i posiada też do pewnego stopnia działanie przyciągające wodę; musimy podawać go w dawkach małych, uważając przytem pilnie na wagę ciała chorego. W leczeniu nefroz kiłowych kierować się będziemy odczynem Wassermanna.

Przechodzę obecnie do spraw zapalnych.

Ostre zapalenie kłębkowe jest sprawą, która prócz przypadków bardzo ciężkich, wiodących do śmierci, kończy się albo wyleczeniem albo, co zdarza się częściej, przechodzi powoli w stan przewlekły, który wcześniej czy później, zależnie od natężenia sprawy, kończy się wtórną nerką marską z niedomogą nerek. W żadnej może sprawie chorobowej, jak w tej, nie zależy tak bardzo na tem, by ostry jej okres skończył się zupełnem wyleczeniem.

Jednym z najważniejszych czynników leczniczych jest tu leżenie w łóżku, które, jak się okazuje, może zapobiedz przejściu sprawy ostrej w przewlekłą. Leżenie w łóżku działa korzystnie przez to, że ułatwia krążenie krwi w nerkach, nie pozwala na wysiłki mięśniowe i utrzymuje ciało w jednostajnem cieple. Ścisłe leżenie w łóżku musi być przestrzegane dopóty, dopóki trwa krwiomocz oraz wzmożone ciśnienie krwi. Nieraz bywa ono przykre, a nawet trudne do wykonania, gdyż zdarza się, że objawy powyższe trwają uporczywie niekiedy całe tygodnie a nawet miesiące. Także, gdy krwiomocz zniknie i utrzymuje się tylko białkomocz, należy przestrzegać chorego przed zbytniem chodzeniem i wysiłkami fizycznemi.

Drugim ważnym czynnikiem leczniczym jest djeta, zupełnie inna niż w nefrozach. Już oddawna zadaniem leczenia djetetycznego było tutaj podawanie djety, oszczędzającej i odciążającej nerki, czemu czyniono zadość przez usunięcie z pożywienia wszelkich potraw mogących drażnić kłębki, oraz przez podawanie dużych ilości płynów w celu przepłukiwania nerek. Z tych powodów, idąc za wskazówkami Senatora, stosował ogół lekarzy znów leczenie mlekiem, jako wyłącznym środkiem odżywczym. Trzymano się też specjalnych przepisów djetetycznych, których krańcowościami były dieta sucha z jednej strony oraz przepłukiwanie nerek płynami z drugiej.

Głównem zaburzeniem czynności nerek w zapaleniu ostrem jest niezdolność nerek do wydzielania składników stałych, czyli zaburzenia zdolności zagęszczenia dla azotu, w następstwie czego następuje zatrzymanie produktów azotowych przemiany materji w ustroju czyli azotemia. Prócz tego istnieje też i złe wydzielanie wody. Klinicznie ujawniają się te zaburzenia wydzielaniem małej ilości moczu (oligurją) o niskim ciężarze właściwym. Na pierwszy plan wysuwa się przedewszystkiem azotemja. Zadaniem leczenia więc będzie przeciwdziałać jej, najskuteczniej przez ograniczenie białka w pożywieniu, które w silniejszych stopniach azotemji usuniemy na krótki czas zupełnie lub obniżymy do 30 gr. na dobę. Zupełnie usuwać białka na dłuższy czas nie możemy, gdyż narazilibyśmy ustrój na zużycie jego własnego białka. Podobnie, jak co do azotu, zachodzi też w zapaleniu ostrem nerek upośledzenie co do wydzielania soli. To zatrzymanie soli jednakże występuje w przypadkach, w których niema wyraźnych obrzęków w postaci t. zw. suchej retencji, t. zn. w tkankach i na ogół ma mniejsze znaczenie, niż zatrzymanie azotu. W ograniczaniu więc dowozu soli nie będziemy postępować tak surowo, jak w nefrozach i zawartość jej w pożywieniu obniżymy do 5—6 gr. na dobę. Co się tyczy dowozu płynów, to, ponieważ tutaj także wydzielanie wody ulega zaburzeniu, musimy więc i pobieranie płynów ograniczyć mimo, że właściwie z powodu niezdolności zagęszczania moczu i retencji drobin uzasadnionem byłoby ułatwienie ich wydzielania przez przepłukiwanie nerek większą ilością płynów. Obierzemy tu drogę pośrednią, czyli pozwolimy choremu $1^1/_2$—2 litrów płynów na dobę.

Leczenie djetetyczne dostosowane być musi do zaburzeń i objawów, jakie istnieją w ostrem zapaleniu (białkomocz, hematurja, hypostenurja, wzmożenie N we krwi i t. d.). Na ogół w ostrem zapaleniu nerek rzadko dochodzi do ciężkich lub gwałtownych objawów, lub też rzadko objawy takie utrzymują się dłuższy czas. W większości przypadków objawy są miernego natężenia i pod wpływem leczenia djetetycznego ustępują: stan chorego powoli się poprawia, następuje wydalanie zatrzymanych ciał, znikają obrzęki i azotemja, przemija również i wzmożone ciśnienie, które w ostrych przypadkach nie dosięga zbyt wysokich stopni. W miarę postępującej poprawy stanu chorobowego możemy rozszerzyć djetę, a więc pozwolić na spożywanie mięsa w nieco większej ilości. W regulowaniu odżywiania chorego będziemy się kierować z jednej strony wynikami badań czynnościowych, z których najważniejsze są: kontrola ilości moczu, ciężaru właściwego, próba wodna i sucha i oznaczanie azotu pozostałego (RN) we krwi. Wiedzieć należy, że w okresie zdrowienia, jakoteż w przypadkach lekkich upośledzenie zdolności nerek do zagęszczania moczu utrzymywać się może długi czas, dłużej niż objawy kliniczne. Toteż w przypadkach, gdzie istnieje oligurja z niskim ciężarem właściwym, gdzie RN jest zwiększony, a wynik próby rozcieńczenia zły, nie można być zbyt liberalnym

w diecie i nie wolno w tym okresie pozwalać na obfitsze spożywanie białka. Również i w nawrotach choroby, które nierzadko w przebiegu zapalenia nerek się zdarzają, będziemy opierać leczenie na wynikach badań czynnościowych.

Co się tyczy składu pożywienia, zwłaszcza rodzajów białka, jakie podawać mamy, to, jak badania czynnościowe wykazują, obojętną jest rzeczą, jakie białko zalecimy, czy roślinne, czy zwierzęce, czy mięso t. zw. białe, czy czarne, czy podamy mleko zamiast mięsa, czy co innego. Zwrócę tu uwagę, że wyłączna djeta mleczna jest w ostrem zapaleniu nerek przeciwwskazana tak samo, jak w nefrozach z obrzękami, gdyż w 1 litrze mleka jest tyle białka, ile go nam wolno podać na całą dobę. Natomiast obfity użytek zrobimy w djecie z węglowodanów, tłuszczów, jarzyn, oraz innych potraw zawierających mało azotu lub bezazotowych, któremi zastąpimy białko. W płynach podawanych choremu powinniśmy uwzględnić w dużej mierze cukier, by zwiększyć ich wartość kaloryczną.

W ciężkich przypadkach ostrego zapalenia nerek postępować będziemy jaknajsurowiej, ograniczymy pożywienie do minimum, a nawet uciekniemy się do leczenia głodem i pragnieniem. Tę metodę leczenia wprowadził Volhard i zwalcza nią wszelkie objawy ostrego zapalenia nerek, a więc tak obrzęki, jak wzmożone ciśnienie krwi, jak wreszcie i mocznicę. Praktycznie postępuje Volhard w następujący sposób: Przez 3—5 dni chory nie otrzymuje wcale jedzenia ani płynów, co najwyżej 2 szklanki herbaty przez 24 godzin; po tym czasie podaje mu się naraz $1^1/_2$ litra wody lub lekkiej herbaty, podobnie jak przy próbie rozcieńczenia. Jeśli w przeciągu 2—3 godzin wszystka woda nie zostanie wydzielona, powtarza się próbę na drugi dzień z dodatkiem 0·5 gr. teofiliny. Tym sposobem chce Volhard przemódz oligurję; wychodzi bowiem z tego założenia, że zapalenie ostre nerek jest nietyle sprawą zapalną, ile raczej polega na ostrem niedokrwieniu kłębków, wywołanem skurczem naczyń doprowadzających. Pomijając stronę teoretyczną wywodów Volharda, zauważyć należy, że wykonanie tej próby według jego przepisów napotyka w praktyce na trudności; nerki bowiem chore nie zawsze podołają tak nagłemu obciążeniu ich wodą, a obciążenie takie w celu sforsowania moczenia może być bardzo niebezpieczne. I rzeczywiście, jak spostrzegano, można wywołać tem postępowaniem napad mocznicy z drgawkami. Toteż próbę Volharda stosuje się rzadko, tylko w przypadkach bardzo ciężkiego zapalenia nerek z oligurją lub bezmoczem, i to przez krótki czas, a nie można jej powtarzać. Na szczęście ciężkie przypadki ostrego zapalenia są tak rzadkie, że nie często jesteśmy zmuszeni uciekać się do tak radykalnych zabiegów leczniczych.

Gdy w ciężkich przypadkach ostrego zapalenia nerek pojawią się zaburzenia jelitowe na tle mocznicy (wymioty, biegunka), przez co dowóz pożywienia i płynów »per os« jest utrudniony, musimy je podawać drogą inną, więc »per rectum«, podskórnie lub dożylnie. W tych razach lepiej jest używać zamiast rozczynu fizjologicznego soli, rozczynu ($4^1/_2$%) cukru gronowego, zwłaszcza do wlewań dożylnych.

W okresie choroby podostrym leczenie djetetyczne zależeć będzie od postaci i rodzaju schorzenia, jakie ostre zapalenie przybiera. Tu zachodzić mogą dwie możliwości: albo zmiany anatomiczne przybierają charakter zapalenia twórczego t. zn. wiodą powoli do marskości nerek, albo też do zmian zapalnych właściwych dołączają się zwyrodnienia o charakterze nefrozy lipoidowej. Pierwszą postać cechować będzie klinicznie zaburzenie wydzielania azotu i azotemia, drugą obrzęki. Powstają w ten sposób postacie mieszane zapaleń nerek, które stanowią w praktyce większość przypadków schorzeń nerek. Leczenie ich dietetyczne będzie napotykać na trudności, gdyż wobec kombinacji spraw chorobowych konieczną rzeczą będzie poczynić duże ograniczenia w pożywieniu, a więc tak białka, jak soli, jak wreszcie i płynów. Postępować więc będziemy zależnie od przewagi objawów t. j. azotemji i obrzęków i według nich regulować dietę. W każdym razie leczenie kontrolować musimy badaniem moczu (ilość) i ważeniem chorego. W tych przypadkach trudno jest podawać ścisłe przepisy, gdyż różnorodność obrazów klinicznych jest duża i często będziemy zmuszeni zwracać głównie uwagę na leczenie objawów przeważających, a inne z konieczności pominąć.

Przechodzę do omówienia leczenia przewlekłych zapaleń nerek. Gdy zapalenie ostre przejdzie w okres przewlekły, stajemy wobec nowego i ciężkiego zadania, a gdy sprawa przybierze charakter złośliwy i doprowadzi do niedomogi nerek, wtedy trudy nasze stają się bezowocne. Najlepiej oczywiście byłoby nie dopuścić do rozwinięcia się marskości nerek, lecz to nie leży w naszej mocy; nie znamy bowiem sposobu, któryby zatrzymał sprawę zapalną i powstrzymywał rozwój objawów, powtóre nigdy nie możemy śledzić sprawy chorobowej od początku jej aż do zejścia, gdyż zapalenie przewlekłe rozwija się powoli i skrycie, trwa długo, nie dając przeważnie objawów chorobowych widocznych, wobec czego chorzy usuwają się z pod kontroli lekarskiej a zgłaszają dopiero wtedy, gdy wytworzyła się już marskość nerek z ciężkiemi objawami, których już usunąć nie można. Ponieważ rozwój zmian przewlekłych i czas, w jakim doprowadzają do niedomogi nerek, zależy od ciężkości ostrego zapalenia oraz od częstości nawrotów, więc musimy wytężyć starania w tym kierunku, by przedewszystkiem ostry okres zapalenia wyleczyć ile możności zupełnie, oraz by zapobiegać nawrotom. Osiągniemy to, chroniąc chorego od przeziębień, przemoczeń, zakażeń, ciężkiej pracy fizycznej i innych wpływów szkodliwych. Zwrócimy uwagę na migdałki, którym w ostatnich czasach przypisuje się coraz większe znaczenie i wpływ na powstawanie chorób nerek. Lecz nie zawsze sprawa chorobowa przybiera charakter złośliwy.

Wśród zapaleń przewlekłych rozróżnimy ze stanowiska terapji trzy postacie: przewlekłe zapalenie nerek bez zaburzeń czynnościowych (postać łagodna), tosamo z niedomogą nerek (postać złośliwa) i nerkę marską pierwotną. W każdej z tych spraw istnieją odmienne wskazania lecznicze. Postać pierwsza cechuje się tylko białkomoczem i hypertonią, natomiast nie stwierdza się zaburzeń czynnościowych. Leczenie więc dietetyczne będzie bardzo proste: podamy zwykłą mieszaną djetę, nie drażniącą, nie zbyt obfitą i nie przeładowaną mięsem, składników jej nie ograniczymy zbytnio, a zabronimy tylko wszelkich ekscesów w jedzeniu i piciu (alkohol), by uniknąć szkodliwego wpływu na hypertonię. Jeśli chory jest otyły, jak się to często zdarza, ograniczymy poniekąd dowóz białka, węglowodanów i tłuszczów na wzór kuracji odtłuszczających, w razie potrzeby możemy zarządzić 1—2 dni bezmięsnych w tygodniu. W przypadkach łagodnych, gdzie choroba trwa często całe dziesiątki lat bez poważniejszych objawów podmiotowych, stosowanie przepisów djetetycznych surowszych jest nie wskazane, a nawet ze względów praktycznych niemożliwe.

Inaczej przedstawiać się będzie leczenie, gdy przewlekłe zapalenie nerek przejdzie w swój końcowy okres, czyli w okres nerki marskiej z niedomogą nerek i z fatalnem jej zejściem t. j. mocznicą. Pierwszemi objawami słabnącej czynności nerek będzie zaburzenie zdolności zagęszczenia moczu (hypostenurja) i wydzielania wody. Z powodu tych zaburzeń nerki stają się niezdolne do wydalania produktów azotowych, wskutek czego następuje ich zatrzymanie w ustroju; występuje azotemja; R-N we krwi jest wzmożony. W związku z tem rozwija się hypertonja znaczna i przerost serca. Mocz staje się jasny o niskim ciężarze właściwym i wydziela się obficie (poliurja). Ta niedomoga nerek bywa różnie silnie wyrażona; najważniejszym zaś jej objawem będzie złe wydzielanie azotu i jego zatrzymanie w ustroju. W tych warunkach musimy wystąpić z leczeniem dietetycznem; celem jego jednakże tym razem nie będzie usunięcie objawów, gdyż tego nie zdołamy dokonać, lecz odsunięcie ich i przewleczenie na jakiś czas oraz sprawienie ulgi w przykrym stanie chorego. Zwiększającą się azotemję zwalczać będziemy znów ograniczeniem białka w pożywieniu; miarą jego będzie ilość RN we krwi. Przy niezbyt silnej hypostenurji i niewielkiej ilości RN (n. p. 100 mg.) pozwolimy na małe ilości białka (ca 30 gr. dziennie); w przypadkach ciężkiej azotemji obniżymy je do 20 gr. Podawać można nietylko białko mięsne, lecz także białko zawarte n. p. w jajach, mleku, oraz potrawach roślinnych i innych. Co pewien czas należy kontrolować tolerancję nerek dla azotu badaniem czynnościowem i oznaczaniem RN, a wynikami ich kierować się w normowaniu diety. Przy tem wszystkiem uważać należy, by nie doprowadzić do stanu niedożywienia chorego. Czasem znośny stan choroby trwa długo przy stale zwiększonym RN, czasem znów mimo niezbyt wielkich jego ilości wybucha mocznica. Mniej surowo postąpimy z ograniczeniem soli, której wydzielanie mimo, że jest również upośledzone, nie gra wielkiej roli; pozwolimy na spożywanie soli w granicach takich, jak przy ostrem zapaleniu. Co się tyczy płynów, rzecz przedstawia się następująco: W okresie niedomogi nerki same starają się chronić ustrój przed wzrastającem zatrzymaniem ciał azotowych z pomocą wzmożonego wydzielania wody (poliurji), które ma na celu niejako rozcieńczać ich zagęszczenie nieprawidłowe. Otóż, mimo nawet złego wydzielania wody, w tym okresie koniecznie trzeba wprowadzać większe ilości płynów do ustroju, by podtrzymać tę hypostenuryczną poliurję, gdyż jest ona jedynym sposobem, utrzymującym wydalanie ciał stałych. Ilość więc płynów pobieranych ustalimy na

$2^1/_2$—3 litrów na dobę. Gdy po poliurji nastąpi hypurja, jak to ostatecznie się dzieje, wtedy już od dietetyki nie możemy spodziewać się żadnego ratunku: choroba kończy się mocznicą.

Pozostaje jeszcze do omówienia leczenie nerki marskiej pierwotnej. Jestto schorzenie miażdżycowe naczyń nerkowych i rozróżniamy w niem znów dwie postacie, podobnie jak w nefrosklerozach zapalnych: formę złośliwą, która ma być według Volharda kombinacją zmian pierwotnych (miażdżycowych) z wtórnemi (zapalnemi) i łagodniejszą t. zn. hypertonję zwykłą Volhardowską. Pierwsza, zwana też hypertonią złośliwą, jest chorobą ciężką z zaburzeniami czynnościowemi takiemisamemi, jak w nerce marskiej zapalnej, różnica zaś kliniczna między temi sprawami jest ta, że w nefrosklerozie pierwotnej bardzo często, prawie zawsze, występują na pierwszy plan objawy niedomogi serca i krążenia z obrzękami sercowemi. Reguły leczenia dietetycznego tej choroby będą tesame, co w nerce marskiej zapalnej. Z uwagi jednak na zaburzenia sercowe musimy główną uwagę zwrócić na ich zwalczanie, przyczem z konieczności leczenie djetetyczne ulegnie pewnym zmianom. W początkach choroby uda nam się usunąć obrzęki z pomocą środków nasercowych, później jednak okażą się one bezskuteczne. Wtedy musimy mimo szkody, jaką chory z azotemią ponosi, ograniczyć płyny tak, by obrzęki nie stały się dla życia groźne i dowóz ich regulować będziemy zależnie od tego, skąd większe niebezpieczeństwo grozi choremu, czy z niedomogi serca, czy z azotemji. W tych przypadkach możemy zastosować niekiedy z pomyślnym wynikiem dietę Karella. Djetę tę zaleca się wszędzie tam, gdzie zachodzi wskazanie ograniczenia soli, płynów i białka, wogóle kalorji. Oryginalna djeta Karellowska polega na tem, że podaje się 3—4 $\times$ dnia od 60—200 cm³ mleka i stopniowo zwiększa się jego ilości do 1500 cm³, wykluczając wszelkie inne potrawy. W modyfikacji Lenhartza podaje się 4 razy dnia po 200 cm³ mleka przez 6—8 dni, prócz tego 2—4 sucharki. Ponieważ dieta ta wywołuje niedożywienie a także i osłabienie serca, więc warunkiem koniecznym jest leżenie w łóżku. Djeta ta przy równoczesnem zastosowaniu środków sercowych i moczopędnych jest bardzo dobrym środkiem dla usuwania obrzęków sercowych w marskości nerek. Odmian tej diety jest wiele, gdzie zamiast mleka, o ile go chory nie znosi, podaje się potrawy mączne, jarzynowe lub owocowe, zasadą ich będzie ograniczenie płynów do 800—1000 cm³, soli do 1·5—2 gr., a białka do 30 gr. na dobę. Stosuje się ją krótko, najwyżej kilka dni i w razie potrzeby okresowo powtarza. Leczenie naogół, to czy inne, jest w nefrosklerozie złośliwej niewdzięczne i bezskuteczne i wcześniej czy później następuje zejście śmiertelne wskutek niedomogi sercowej.

Łagodniejsza postać sklerozy nerek, czyli hypertonia zwykła, jest schorzeniem częstem i częściowym obrazem chorobowym ogólnej miażdżycy naczyniowej w odniesieniu do nerek. Ponieważ zmiany miażdżycowe nerek kombinują się w tej sprawie chorobowej ze zmianami miażdżycowemi narządów innych, jak serca, aorty, naczyń wieńcowych, naczyń mózgu, kończyn i t. d., więc objawy będą różne, zależnie od ich przewagi. Leczenie będzie takiesamo, jak miażdżycy w ogólności z uwzględnieniem zaburzeń nerkowych, o ile te wysuną się na pierwszy plan. Zaburzenia te są nieznaczne i ograniczają się do miernego upośledzenia wydzielania wody i zdolności zagęszczającej moczu. Praktycznie zaburzenia te nie mają prawie znaczenia tak, że można powiedzieć, że w łagodnej hypertonji nerki działają prawidłowo. Natomiast występują w tej sprawie zaburzenia sercowe, naczyniowe i rzekomo-mocznicowe. Volhard poleca u tych chorych dietę suchą i uważa ją za prosty sposób, który łagodzi objawy sercowe i mózgowe. Dieta sucha t. j. dieta z ograniczoną ilością płynów działa pomyślnie przez to, że oszczędza narząd sercowo-naczyniowy; płyny ogranicza się, w niej do ilości 1—$1^1/_2$ litra na dobę. Innych przepisów dietetycznych w sklerozie łagodnej poza zaleceniem umiarkowania w pożywieniu i podawaniem środków sercowych i moczopędnych nie stosujemy. Leczenie hypertonji łagodnej jest wdzięczne i efektowne w odróżnieniu od złośliwej, wobec której jesteśmy bezsilni. Zmienić musimy dopiero nasze postępowanie, gdy wystąpią silniejsze objawy niedomogi nerek, t. zn. gdy łagodniejsza marskość przechodzi w złośliwą; wtedy zastosujemy leczenie takie, jak przy przewlekłem zapaleniu nerek w okresie niedomogi. Toteż ważną jest rzeczą w praktyce rozróżnienie tych dwu postaci chorobowych. Sposobem zaś, który pozwala na ich rozróżnienie, jest poza objawami klinicznemi właściwemi zbadanie krwi co do RN, które rozstrzygnie o naturze sprawy.

Thrombopenia essentialis.

Notatka kliniczna [1]).

Podał Dr Seweryn Sterling.

Przypadek I. Pani H., lat 27, dotąd zdrowa. Zapadła w lutym 1918 przy objawach t. z. plamicy krwotocznej (purpura haemorrhagica); z czasem, prócz bardzo licznych wybroczyn skórnych, wylewy krwawe na błonach śluzowych ust, gardła; krwotoki nosowe, kiszkowe i maciczne. Dwa krwotoki maciczne, z przerwą dwutygodniową, trwały po 10 dni każdy. Badanie krwi, dokonane w pierwszych dniach choroby, wykazało — przy nieznacznej leukopenji — bardzo mało płytek Bizzozera (trombocytów). Przy badaniu krwi następnem: objawy niedokrwistości wtórnej i prawie zupełny brak trombocytów. Wszelkie stosowane środki wewnętrzne, zarówno jak autohemoterapia, tamponada i przyżeganie błony śluzowej macicy — bez skutku. Śmierć po upływie trzech miesięcy od pierwszych objawów.

Przypadek II. Panna S., lat 14. W wywiadach skłonność indywidualna do krwawień. W lipcu r. 1920 dwa obfite krwotoki nosowe; przyżeganie tamuje krew na krótko. Od sierpnia objawy plamicy krwotocznej: nieustanne sączenie się krwi z dziąseł, krwotoki kiszkowe, krwotoki maciczne. Objaw opaskowy dodatni. Po ukłuciu palca krew płynie przez 20 minut. Badanie dwukrotne krwi wykazuje prawie zupełny brak trombocytów (»w kilku dużych preparatach znalazło się zaledwie kilka płytek«). Choroba trwała, bez szczególnych nasileń, przez trzy miesiące. Stosowane środki wewnętrzne nie wywierały żadnego wpływu. Parokrotnie proponowano zabieg operacyjny, ale rodzina chorej na to się nie zgodziła. Śmierć.

Z grupy chorób t. zw. skazy krwotocznej (do której należą: peliosis rheumatica, purpura fulminans, purpura abdominalis [Henoch], gnilec, krwawiączka, choroba Werlhoffa) wyodrębnił Frank (z kliniki Minkowskiego) postać chorobową, którą nazwał krwawiączką rzekomą (pseudo-haemophilia) lub »thrombopenia essentialis«.

Ta postać zasługuje na poznanie, ponieważ w swym przebiegu ciężkim, (zwykle śmiertelnym), może być uleczona przez zabieg operacyjny.

Trombopenię jako objaw, jako zmniejszenie się liczby płytek Bizzozera we krwi, opisano w przebiegu niedokrwistości pierwotnych (anaemia perniciosa, anaemia aplastica), lymphadenosis, wreszcie przy rozsianych guzach (nowotworach, kilakach) szpiku kostnego. Przyczyną trombopenji jest dysfunkcja aż do zniszczenia megakaryocytów, komórek-olbrzymów szpiku kostnego; wypustki tych komórek, odłączone od ciała macierzystego, są płytkami Bizzozera (Wright). Rola tych tworów ma być mechaniczna: uszczelniają one naczynia, płynąc z prądem krwi wzdłuż ścian naczyniowych; aglutynowane skupiny trombocytów stanowią jądro skrzepliny; wkoło zlepionych trombocytów tworzy się skrzep włóknikowy; wreszcie kurczenie się tego jądra jest przyczyną wyciskania surowicy ze skrzepu krwi.

Brak, różnego stopnia, trombocytów we krwi nadaje cechę swoistą postaci chorobowej, wyodrębnionej przez Franka.

Od krwawiączki różni się trombopenia samoistna tem, że, wykazując długotrwałe krwawienie, wykazuje jednak prawidłowy czas krzepnięcia krwi (przy krwawiączce prawdziwej, odziedziczonej, mamy zakłócenie równoległe obu funkcji). Możność tej rozbieżności, dotąd mało wogóle znana, istnieje w niektórych sprawach chorobowych; według nowych bowiem poglądów, skrzeplina, zatykająca otwór naczynia krwawiącego, tworzy się przedewszystkiem z trombocytów, do których wtórnie przybywa włóknik. Mała ilość płytek jest przyczyną trudnego tworzenia się tej skrzepliny w naczyniu krwionośnem. Krzepnięcie krwi pozanaczyniowe dziać się może już bez poważniejszego udziału płytek; rolę jądra krystalizacyjnego dla włóknika grają tu wszelkie przypadkowe przedmioty, n. p. chropowatości naczynia, do którego zlano krew. Kurczy się jednak i wyciska z siebie surowicę ten tylko skrzep, który ma jądro z trombocytów.

Dwie teorje starają się wytłumaczyć zubożenie krwi w płytki. Jedna upatruje przyczynę trombopenji w nadmiernej czynności śledziony, która ma te składniki ponad normę niszczyć. Druga teorja (Franka) przypisuje śledzionie wpływ hamujący na pracę krwiotwórczą szpiku kostnego: nadmierna czynność śledziony w tym kierunku powoduje dysfunkcję, a nawet zanik megakaryocytów (inne przypuszczalne skutki tego wpływu pomijam). Ta dysfunkcja może być czasowa (poczem następuje hyperfunkcja megakarjocytów, nadmierna ilość płytek krwi, t. zw. przełom trombocytowy), może wielokrotnie nawracać, może doprowadzić do zupełnego prawie wyginięcia megakarjocytów (co stwierdzono sekcyjnie w innych cierpieniach; przypadków sekcyjnych trombopenji samoistnej nie ma dotąd).

---

[1]) Z odczytu wygłoszonego w Tow. lek. łódzkiem d. 22. XII. 1920, p. t. »Wysypki a wybroczyny skórne«.

W szeregu przypadków opisywanej postaci chorobowej wycięcie śledziony bywa zabiegiem ratującym życie. Tensam zabieg zastosowany przy trombopenji objawowej (np. przy niedokrwistości złośliwej) okazał się zabiegiem zaledwie czasowo uśmierzającym przebieg choroby.

Nie we wszystkich jednak przypadkach trombopenji samoistnej wycięcie śledziony dało wynik trwały. Albowiem rolę czynnościową śledziony przejmują zastępczo bądź nierzadkie śledziony dodatkowe, bądź t. zw. komórki gwiazdowate Kupfera w wątrobie. (Tylko obecność w ustroju takich tkanek zastępczych umożliwia wogóle usunięcie tak ważnego narządu, jak śledziona). W pewnych przypadkach te wysepki tkanek śledzionowatych przejmują nietylko czynności prawidłowe usuniętego narządu, ale też i jego czynność spaczoną.

Celem tej notatki jest zwrócenie uwagi na tę nierzadką postać chorobową; jej kliniczne odróżnienie od choroby Werlhoffa i krwawiączki daje możność pomocy w przypadkach nawet najcięższych. W celu rozpoznania należy zastosować następujący plan badania.

Wobec obrazu chorobowego plamicy krwotocznej, bez gorączki, szczególnie wobec niepowstrzymanych krwotoków macicznych (bez przyczyny miejscowej) należy kolejno:

1. Wykonać (najwłaściwiej igłą Franka) nakłucie palca; kawałkiem bibuły białej dotykać — co pół minuty — krwawiącego miejsca. Prawidłowo ranka przestaje krwawić po 3—4 minutach. Jeśli krwawienie nie trwa dłużej, wykluczamy trombopenję. W przeciwnym razie, przypuszczając krwawiączkę prawdziwą lub rzekomą, próbujemy, jak długo trwa krzepnięcie krwi.

2. Do zwykłej małej, doskonale wytartej bańki lekarskiej, o przecięciu 3 cm., wpuszczamy, nie dotykając ścianek, $^1/_2$ do 1 cm³ krwi i pokrywamy ją — przez pipetkę — oliwą. Chwilę nastąpienia skrzepnięcia określamy, nachylając bańkę co minutę Prawidłowy czas krzepnięcia w ciepłocie pokojowej trwa średnio 9 minut.

3. Kurczenie się skrzepu i wyciskanie surowicy obserwujemy w rurce włoskowatej napełnionej krwią.

4. Objaw opaskowy występuje po 5—10 minutach, jeśli mamy trombopenję znacznego stopnia.

5. Badanie morfologiczne krwi daje wyniki różne, zależne od okresu choroby. Stałem jest zmniejszanie się ilości płytek Bizzozera, których w 1 m³ krwi prawidłowej jest 200 do 300 tysięcy. Dopiero poniżej 75.000 występują poważniejsze objawy kliniczne, poniżej 10.000 mamy śmiertelne postacie trombopenji.

W celu liczenia płytek Bizzozera nakłuwamy palec poprzez kroplę 14% rozczynu siarczanu magnowego; krew napływającą do tego rozczynu mieszamy przy pomocy niteczki szklanej; bierzemy, jak zwykle, z palca na szkiełko nakrywkowe i barwimy mocno mieszaniną Giemzy. Otrzymujemy preparat, w którym płytki leżą pojedynczo, nie w skupieniach. Obliczamy, ile płytek wypada na tysiąc czerwonych krwinek, a z ilości krwinek w 1 mm³ obliczamy ilość płytek.

Leczenie objawowe przypadków ciężkich polega na: stosowaniu przelewania krwi; wstrzykiwaniu koagulenu (przetwór z płytek, polecany przez Kochera i Fonio); wstrzykiwaniu śródżylnem 10% rozczynu soli kuchennej, parę razy dziennie, po 5 do 10 cm³.

Jeśli poprawy stałej nie otrzymamy, a ilość płytek wynosi mniej niż 20.000, tembardziej jeżeli wynosi mniej, niż 10.000, wskazane jest usunięcie śledziony.

Dotąd wykonano około dwudziestu takich zabiegów; w większości przypadków otrzymano wynik dodatni trwały. Przypadków śmierci z powodu operacji nie spostrzegano. Uderzający jest wpływ operacji na skład krwi, w której natychmiast zjawiają się trombocyty w ilości ponadnormalnej, a rana operacyjna przestaje krwawić przed zakończeniem operacji. Ten ostatni objaw przemawia na korzyść poglądów Franka na patogenezę trombopenji; za tą samą hypotezą przemawiają też przypadki trombopenji objawowej, zależne od guzów w szpiku kostnym.

Co do czynnika szkodliwego pierwotnego, powodującego trombopenję, nie leży on chyba w samej śledzionie; tak wnosić wolno z nawrotów, jakie się zdarzyły po usunięciu śledziony. Godzi się wspomnieć, że najpewniejsze wyniki dodatnie spostrzegano po usunięciu śledziony znacznie powiększonej.

Z punktu widzenia teoretycznego ważnem jest, że dysfunkcja śledziony przyjąć też może inny kierunek, dać n. p. trombocytozę (w przypadkach icterus haemolyticus lub polycythaemia splenogenes).

Źródła. 1) Frank, Zft. f. aerztliche Fortb. 1919. 8. — 2) Minkowski, Med. Klin. 1919. 50. i 51. — 3) Morawitz, Med. Klin. 1920. 50. — 4) Naegeli, Blutkrankheiten. 1919. Wydanie trzecie.

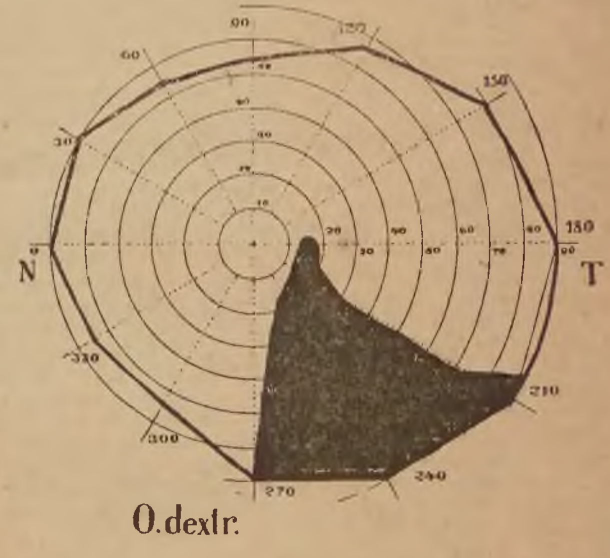
Retino-chorioiditis juxtapapillaris (Jensen).

Podał **Dr Karol Brudzewski,** docent Uniw. Jagiell.

Pod tą nazwą opisał Jensen[1]) zapalenie ogniskowe siatkówki, którego głównym objawem, odróżniającym je od innych zapaleń siatkówki jest, oprócz zmiany na dnie oka, wycinkowy ubytek w polu widzenia. Od czasu tego pierwszego ogłoszenia opisano w literaturze fachowej szereg nowych przypadków tego cierpienia. Groes-Petersen[2]) zebrał ich do roku 1912 czternaście: ale liczba ogólna znanych i opisanych przekracza zaledwie 20 wraz z późniejszemi, ogłoszonemi przez Blessiga[3]), Hama[4]), Rönnego[5]), Hoevego[6]) i Schertlina[7]). Cierpienie to zatem należy do cierpień oka stosunkowo rzadkich, a więc i mało znanych. I dlatego korzystam ze sposobności, aby opisać 2 nowe przypadki, które miałem sposobność niedawno obserwować.

1) Teresa Bu.., lat 19 zgłosiła się w lipcu 1920 r. ze skargą, że od 3 tygodni gorzej widzi zupełnie dotychczas dobrem okiem prawem. Okiem lewem widzi gorzej od 10 lat z powodu skaleczenia widelcem. Sama zawsze była zdrowa, nie kaszle, prócz odry chorób nie przebywała. Dziedziczności usposobienia do cierpień płuc wykazać nie można.

Stan obecny: Na rogówce oka lewego duża centralna na wpół przeświecająca stara plama rogówkowa — oko blade, niebolesne. Visus $^6/_{60}$. Oko prawe bez żadnych zmian w przednim odcinku gałki — Visus = $^6/_{12}$. Szkła nie popr. Snell. 0·6 na 14 cm ale widzi ten druk w mgle. Tuż nad zupełnie prawidłową tarczą n. wzrokowego. prawie jej dotykając, znajduje się duże białe ognisko wysiękowe w siatkówce, zakrywające zupełnie właśnie w jego kierunku biegnące naczynia siatkówkowe główne, które poza ogniskiem, wyszedłszy z niego, są znowu widoczne i są zupełnie niezmienione; granice nacieku są ostre, siatkówka w najbliższem jego otoczeniu nieco obrzmiała. Sam naciek jest jednolicie biały, prawie okrągły, sterczy nieco ponad poziom dna oka i ma średnice nieco większą niż tarcza n. wzrokowego. Ciałko szklane ponad tarczą, w okolicy nacieku oraz ponad plamką żółtą nieco zaćmione. Reszta dna oka i ciałka szklanego prawidłowe. Tn. Ponieważ badana podaje, że »coś jej na ziemi ciągle wzrok zasłania, »więc zbadałem ją perymetrem i zamiast spodziewanego ubytku w okolicy tarczy, względnie powiększenia plamy Mariotta, znalazłem duży ubytek wycinkowy (ryc. 1), którego szczyt leży w plamie Mariotta, a pod-



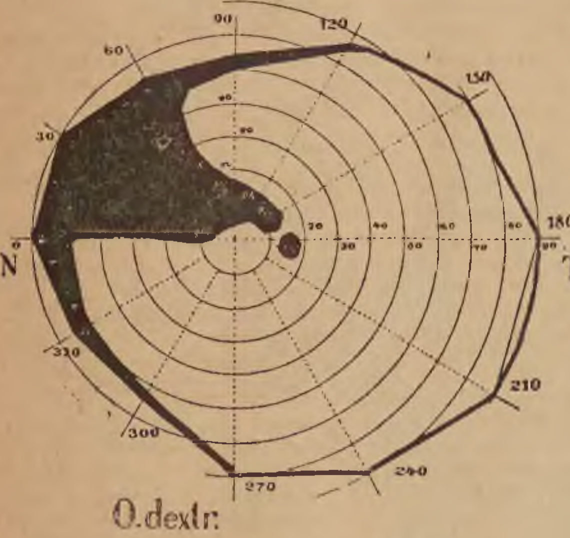
Ryc. 1.

stawa szeroka sięga do samego obwodu pola widzenia. Zatem ubytek w polu ma kształt trójkąta. Jest ubytkiem bezwzględnym i ma ostre granice. Poza tem reszta pola widzenia jest prawidłowa. Opierając się na opisach Jensena Groes-Petersena i in. nie miałem najmniejszej wątpliwości, że wobec małego ogniska zapalnego w siatkówce, w połączeniu z niestosunkowo dużym klinowym ubytkiem w polu widzenia, mam przed sobą właśnie ową »Retino-chorioiditis juxtapapillaris« Jensena. Chorej, która miała z powodu spóźnionej pory dnia zgłosić się na drugi dzień do badania ogólnego, niestety więcej nie widziałem.

2) Salomon El..., lat 16, zgłosił się we wrześniu 1918 r. ze skargą, że od 3 dni gorzej widzi okiem prawem. Oko to nie boli, ani nie jest czerwone, ale przy czytaniu widzi chory na książce czarną plamę. Chory był zawsze dawniej zdrów — na oczy nie chorował; matka zmarła na gruźlicę. Stan obecny: oko lewe zupełnie prawidłowe z bystrością $^6/_5$—$^6/_4$.

[1]) Jensen: Graef. Arch. f. Ophthalm. 1908.
[2]) Groes-Petersen: Klin. Monatsblätter f. Aug. 1912.
[3]) Blessig-Graef: Arch. f. Ophthalm. 1910.
[4]) Ham: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1914.
[5]) Rönne: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1915.
[6]) von der Hoeve: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1914
[7]) Schertlin: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1916.

Oko prawe ma bystrość $^6/_{12}$ — emetropia — szkła nie popr. Snell o·6 do 14 cm. Przedni odcinek gałki zupełnie prawidłowy. Natomiast na dnie oka poniżej zupełnie prawidłowej tarczy n. wzrokowego w odległości odpowiadającej jej średnicy, znajduje się białe owalne ognisko wysiękowe w siatkówce, średnicy półtorej tarczy n wzrokowego. Naczynie siatkówkowe, biegnące ku temu ognisku, ginie w niem zupełnie i wychodzi z pod niego po stronie obwodowej zupełnie niezmienione. Dookoła ogniska wysiękowego siatkówka obrzmiała — oraz wzdłuż jego wewnętrznego brzegu pasemkowata wybroczynka. Sam naciek jest jednolicie biały i sterczy nieco ponad poziom dna oka — ciałko szklane w jego okolicy mętne. Reszta dna oka bez zmian. Badanie pola widzenia okazuje ubytek wycinkowy (ryc. 2), którego



Ryc. 2.

szczyt leży ponad plamą Mariotta i z nią się nie łączy, a którego podstawa sięga do granic zewnętrznych pola, przyczem jego dolna granica okala półksiężycowato okolicę plamki żółtej w odległości 5° od niej, a potem biegnie poziomo w południku poziomym do samego obwodu. Drugie ramię tego trójkątnego ubytku biegnie skośnie w górę. Ubytek sam jest bezwzględny, na obwodzie tylko przedmiotowy, natomiast w okolicy tarczy n. wzrokowego jest też bezwzględny, ale podmiotowy. (Chory widzi także czarną plamę, która swem położeniem odpowiada siedzibie wysięku zapalnego). Wobec tego charakteru objawów i tutaj rozpoznanie jest: »Retino-chorioiditis juxtapapillaris Jensena«. Polecono dymne szkła, dietę oczną i jodek potasu wewnętrznie. Ponieważ jednak po kilku dniach wzrok opadł do $^6/_{18}$, a męty w ciałku szklistem stawały się większe, zastosowano jako resorbens wcierania szarej maści à 3 gr. (wtarto razem 24), po poprzedniem zbadaniu chorego przez internistę, który nie znalazłszy żadnych zmian chorobowych, nie znalazł też żadnych przeciwwskazań dla rtęci. Czy post hoc czy propter hoc, po tem leczeniu wzrok się poprawił do $^6/_8$ — męty w ciałku szklistem znikły w znacznej części, i to zdaje się było powodem poprawy bystrości wzroku, natomiast sam naciek siatkówkowy nie uległ zmianie. W samej okolicy plamki żółtej zjawiła się słabo zaznaczona figura gwiazdkowa, jak w retinitis albuminurica, która po 3 tygodniach istnienia zaczęła się zacierać. W 2 miesiące od chwili pierwszego badania wzrok doszedł do $^6/_8$ — Snell. o·6 gładko — wobec czego chłopiec, uważając się widocznie za zupełnie zdrowego, do powtórnego badania pola widzenia się nie zgłosił.

Dopiero w październiku 1920 miałem sposobność badać go po raz drugi. Bystrość wzroku oka prawego jest dobra: Vp. = $^6/_6$—$^6/_5$, Snell. o 5 na 13 cm gładko. Na dnie oka, w miejscu gdzie było ognisko wysiękowe, niema w siatkówce żadnych jego śladów — natomiast jest w temże miejscu w naczyniówce ognisko zanikowe, o brzegach niezbyt ostrych, żółtawo-białawe. Na jego środku kilka mało wysyconych kępek barwika. Naczynie siatkówkowe biegnie ponad tem miejscem niezmienione. Tarcza n. wzrokowego i c. szklane bez zmian. Badanie pola widzenia wykazuje powtórnie zupełnie tensam ubytek jak w r. 1918 (ryc. 2) absolutny i przedmiotowy. Granice ubytku, oznaczone sposobem Bjerruma znaczkiem 3 mm w odległości 1 mtr, są tesame, co i na perymetrze zwykłym.

Te dwa opisy są prawie tesame, co i opis choroby, podany przez Jensena i innych późniejszych autorów. Zatem w kilku słowach można cały obraz chorobowy streścić.

Naciek biały w siatkówce, ostro ograniczony, usadowiony w pobliżu tarczy n. wzrokowego; towarzyszą mu zawsze niezbyt znaczne męty w ciałku szklanem, i to na ograniczonej przestrzeni w okolicy jego siedliska, czasem i lekkie zapalenie tęczówki oraz skąpe precypitaty. Naciek ten wywołuje w polu widzenia charakterystyczny ubytek wycinkowy dobrzeżny, kształtu trójkąta, o podstawie opartej o zewnętrzną granicę pola widzenia i szczycie leżącym w miejscu nacieku. Ubytek ten jest z początku względny, w krótkim czasie staje się bezwzględnym i mimo późniejszego wessania się wysięku, pozostaje ubytkiem trwałym, w tych samych rozmiarach, jakie miał na szczycie nasilenia zapalnego siatkówki. Bystrość wzroku bywa nieznacznie upośledzona, waha się od $^6/_8$—$^6/_{18}$, rzadko spada do $^6/_{60}$: a to obniżenie bystrości wzroku wywołane jest obecnością zaćmień w ciałku szklanem.

Przebieg sprawy całej jest powolny, bo zanim wysięk siatkówkowy ulegnie wessaniu, może minąć 1—4 miesięcy. Po ustąpieniu sprawy zapalnej pozostaje blizna w postaci ograniczonego ogniska zanikowego w naczyniówce, wielkości pierwotnego nacieku. Zatem zapalenie to nie ogranicza się tylko do siatkówki, ale przechodzi i na naczyniówkę bezpośrednio przyległą. Jednakże siedlisko główne zapalenia jest w warstwie włókien siatkówki: świadczy o tem ubytek klinowy w polu widzenia, który wywołany jest zupełnem przerwaniem przewodnictwa odpowiedniego obszaru siatkówki. Ten właśnie ubytek w polu widzenia jest najgłówniejszym objawem rozpoznania różniczkowego: niestosunek między wielkością ogniska zapalnego, a utratą pola — małe ognisko, duży ubytek w polu.

Ognisko zanikowe, które w naczyniówce po przebytem tem zapaleniu pozostaje, nie różni się tak dalece od innych zaników ogniskowych w naczyniówce. Z samego obrazu wziernikowego nie można rozpoznać przebytego zapalenia Jensena. Dopiero badanie pola widzenia wyjaśnia jego pochodzenie. Jest ono dość ostro odgraniczone od zdrowej naczyniówki, zawiera nieco barwika, jest barwy żółtawo-białawej, a naczynia siatkówki biegną nad niem niezmienione. I w warstwie włókien siatkówki wziernik żadnych zmian później nie wykazuje. W lżejszych przypadkach może się i to zdarzyć, że na jednem oku pozostanie ognisko zanikowe i wyraźny ubytek w polu, gdy na drugiem oku, które też tosamo cierpienie przebyło, nie pozostanie nawet ślad zapalenia, a tylko klinowy ubytek w polu widzenia świadczy o przebytem zapaleniu Jensena. Ale w tych razach ubytek w polu widzenia jest tylko względny, można go wykryć tylko stosując metodę Bjerruma i szukając małym znaczkiem[8]): perymetr i znaczek 5 mm ubytku w tych razach nie wykaże.

Naciek z reguły usadawia się w najbliższem sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego, jednakże zdarzyć się może[9]), że ognisko zapalne jest więcej obwodowo ułożone, a więc ubytek pola ma swój szczyt dopiero w odległości 30° albo 40° od plamy Mariotta.

W rozsianem zapaleniu naczyniówki (chorioiditis disseminata) nigdy się ubytki klinowe nie zdarzają. Ubytek w polu (scotoma), który to cierpienie wywołuje, jest ograniczony do samego miejsca zapalenia. Raczej jest niestosunek odwrotny, t. j. że stosunkowo duże ognisko daje mały ubytek w polu widzenia. Bywają także nawroty, i to na jednem i temsamem oku powstaje naciek drugi[10]), który się usadawia w sąsiedztwie blizny po pierwszym nacieku. Wtedy do dawnego ubytku w polu widzenia dołącza się nowy, oddzielony pasem pola widzącego, co jest też dowodem usadowienia się sprawy w warstwie włókien. I poczynający się nowotwór siatkówkowy może z początku dać zupełnie podobne objawy, jak zapalenie Jensena, oraz taki sam ubytek w polu widzenia. Taki przypadek opisał Hippel (cytowany przez Rönnego). Dopiero dalszy przebieg wyjaśni sprawę. Albo jeżeli naciek Jensena jest nie duży, a usadowi się na samym brzegu tarczy nerwu wzrokowego tak, że ją z jednej strony pokryje, może do złudzenia przypominać zapalenie nerwu wzrokowego, — ale i tutaj badanie pola wyjaśni sprawę. To też Hoeve proponuje zapaleniu temu dać nazwę: neurofibrillitis.

Zdarza się to cierpienie między 16 a 35 rokiem życia, ale spostrzegano je też u 40-letniego. Ubytki przez autorów opisywane mają wszystkie bez wyjątku ten sam charakter, co i nasze ryciny. Etjologja jest zupełnie nie znana. Największa część autorów skłania się do przypuszczenia gruźlicy, jako przyczyny. Więc i dla leczenia bezpośredniego niema wskazówek, a jeżeli po użyciu rtęci nastąpiła poprawa wzroku, to odnosić to należy raczej do ustąpienia zaćmień ciałka szklanego. Wszyscy autorowie podają zgodnie skłonność do nawrotów.

»Retino-chorioiditis juxtapapillaris« jest i dlatego interesującą, że niszcząc przewodnictwo włókien nerwowych pewnego, przez nie zaopatrywanego obszaru siatkówki, poucza nas doskonale, jak się włókna w siatkówce układają, szczególnie gdy ognisko, siedząc blisko tarczy przerwie przewodnictwo włókien, idących do okolicy plamki żółtej. Widać wtedy (ryc. 2), że włókna ku tej okolicy zmierzające okalają plamkę żółtą, biegnąc półksiężycowato, a idąc dalej ku obwodowi siatkówki, wracają znowu do południka poziomego i prosto już wzdłuż niego bie-

[8]) Hoeve loc. cit.
[9]) Blessig loc. cit.
[10]) Groes-Petersen loc. cit.

gną. Podobne ubytki pola widzenia otrzymał pierwszy Rönne[11]), badając jaskrę sposobem Bjerruma[12]). Ubytki te, przez licznych badaczy stwierdzone w jaskrze, otrzymały nazwę »schodu Rönnego« i są dowodem, że zmiany, jakie w polu widzenia wywołuje jaskra, są właśnie następstwem upośledzenia przewodnictwa włókien, a nie krążenia lub z innych przyczyn. Do wykazania tych ubytków szczególniej dobry jest sposób Igersheimera[13]), który badając pole w odległości 1 m na olbrzymiej tarczy Uhthoffa (o promieniu krzywizny 1000 mm) małym 2 mm albo 3 mm znaczkiem białym, prowadzi znaczek metodycznie tak, aby szedł prostopadle do przebiegu włókien siatkówkowych. Natrafiwszy na źle przewodzącą światło wiązkę włókien, znaczek ginie wtedy na chwilę. W ten sposób można wykazać nitkowate ubytki w polu widzenia, mające związek z plamą Mariotta, np. w zaniku nerwu wzrokowego w bardzo wczesnym okresie i w jaskrze i w innych cierpieniach przewodnictwa wzrokowego, już wtedy, gdy zwykły sposób perymetrji żadnych zmian w polu nie może ujawnić. Należy zatem znaczek badający, na przestrzeni pola między 0° a 15° prowadzić promienisto, a na obwodzie dalszym koncentrycznie do punktu fiksacyjnego, i to w coraz to większych wzajemnych odstępach, gdyż włókna w tych okolicach odginają się z kierunku półkolistego, jakim obiegały punkt fiksacyjny, i prawie pod prostym kątem biegną promienisto i prosto ku obwodowi siatkówki. Tę też metodę prowadzenia znaczka stosując, bardzo łatwo można było oznaczyć granice centralne ubytku, przedstawionego w rycinie 2.

O durze plamistym (III)

(Ciepłota; śmiertelność; leczenie; własności aglutynacyjne surowicy a oddziaływanie pożywek; »Bacillus febris exanthematici Mandschurici« Horiuchi).

Podał

Prymarjusz Dr J. Kostrzewski.

(Z oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza w Krakowie).

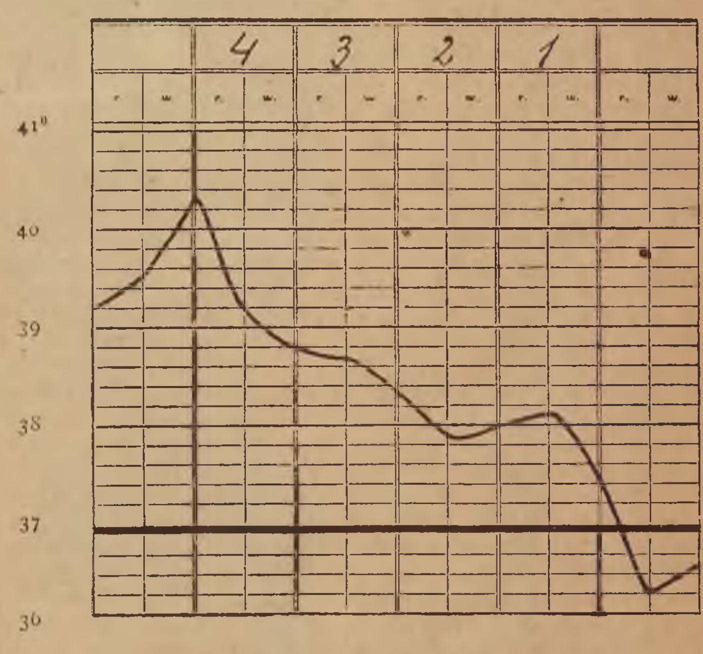
W swoim czasie podniosłem, że chorzy na dur plamisty dostawali się do naszego szpitala w daleko posuniętym okresie choroby. Tylko u czterech z ogólnej liczby 992 chorych na dur plamisty, leczonych w czasie od 1. XI. 1918 do 30. VI. 1920, mierzono gorączkę od pierwszego dnia choroby. Spostrzeżenia u tych czterech chorych świadczą, że stopniowy wzrost ciepłoty w przebiegu duru plamistego nie należy do wyjątków. Do szczytu (39—40° C.) bowiem ciepłota doszła, względnie ustaliła się na tym poziomie, u jednego chorego w ciągu jednego dnia, u jednego chorego w dwu, u jednego w czterech, a u jednego w pięciu dniach. Na stopniowy wzrost ciepłoty przy durze plamistym zwracam uwagę dlatego, ponieważ szczegół ten w symptomatologji duru plamistego nie jest dość uwzględniany. Z tego samego powodu przytaczam krzywą gorączki chorego, u którego wznoszenie się ciepłoty wynosiło 5 dni, zanim gorączka dosięgła swego szczytu:

Rys. 1.



Po dojściu do szczytu, ciepłota w ciągu dnia waha się zwykle w granicach 0·5—1° C., nierzadko jednak wahania przenoszą 1° C., a czasem dochodzą nawet do 2° C.; wahania te powtarzają się nie codzień — lecz występują u jednego chorego rzadziej, u innego częściej, w nieregularnych odstępach czasu. Nieraz znowu spotyka się w ciągu choroby dzień (jeden), w którym ciepłota ranna wynosi 37 i kilka dziesiętnych stopnia C., wieczorem zaś wznosi się o 2—3° C., i już się na tej wysokości utrzymuje. Krzywa więc ciepłoty nie u każdego chorego jednakowo się przedstawia. O wiele większe różnice spotyka się w okresie spadku gorączki. Licząc początek spadku ciepłoty od tego dnia, od którego stale albo ranna, albo wieczorna, albo jedna i druga ciepłota są niższe w porównaniu z gorączką dni poprzednich, widzieliśmy na 623 chorych: spadek gorączki w ciągu 24 godzin rzadko (2·2%), — częściej w ciągu 36 godzin (9·8%), — najczęściej w ciągu dni dwu (27·1%) i trzech (28·4%), — mniej często w ciągu czterech (13·3%) i pięciu (4·9%) dni — a rzadko tylko w ciągu dni 6—8 (1·7%). U 28 chorych (4·9%) ciepłota spadała dwukrotnie, t. zn. w ciągu — najczęściej — jednej nocy gorączka opadła do 37° C., ale jeszcze tegosamego dnia wieczorem dochodziła zwykle do wysokości, z której opadła, poczem w ciągu jednej doby, lub 2—3 dni ciepłota opadała do poziomu prawidłowego. U 49 chorych (7·8%) ciepłota spadała okresowo, t. zn. ciepłota przez kilka dni waha się w tychsamych granicach, poczem w ciągu jednej nocy obniża się o 1° C. lub więcej, na tej wysokości znowu waha się przez 2—3 dni, poczem dopiero następuje okres bezgorączkowy. 369 chorych z ogólnej liczby leczonych nie uwzględniamy przy ocenie jakości spadku gorączki; należą tu tacy chorzy, którzy zmarli w czasie gorączki, i tacy, u których wystąpiło powikłanie, i wreszcie tacy, którzy się dostali na oddział już u schyłku gorączki lub po jej spadku. Za pierwszy dzień wolny od gorączki uważaliśmy ten dzień, w którym ciepłota utrzymuje się albo cały dzień poniżej 37° C., albo tylko wieczorem wznosi się najwyżej do 37·4° C.; jeśli ciepłota utrzymywała się cały dzień powyżej 37° C. choćby o 0·2° C., to taki dzień liczyliśmy jeszcze do okresu spadku. Ciepłota spada przeważnie »skacząco«, t. zn. gorączka obniża się najczęściej w ciągu nocy w granicach 1—3° C., wieczorem zaś podnosi się niejednakowo wysoko, nierzadko przeszło 2° C., i tak waha się większą lub mniejszą ilość dni, póki ciepłota nie opadnie do poziomu prawidłowego. Największe wahania ciepłoty przypadają na pierwsze lub ostatnie dni spadku, — rzadziej na środkowe. Czasem (6%) gorączka spada »pochyło«, a wtedy ciepłota wieczorna jest niższa, równa, lub nieco wyższa (o 0·2—0·3° C.), od ciepłoty rannej, na noc zaś przypadają łagodne spadki. Oto przykład spadku »pochyłego«, trwającego 4 dni.

Rys. 2.



Z. J. przyjęta do szpitala 20. IV. 1920.

Bardzo częstem zjawiskiem jest, że gorączka u tegosamego chorego spada w jednym dniu »skacząco«, a w drugim »pochyło«. Nagłego spadku gorączki, t. j. przełomu (crisis), poza przypadkami mieszczącemi się w 24-godzinnym spadku,

[11]) Rönne: Klin. Monatsbl. 1909.
[12]) Bjerrum: Ber. des X. med. Intern. Kongr. in Berlin 1890.
[13]) Igersheimer: 40. Ber. d. Heidelberg Gesell. 1916. — Graef. Arch. f. Ophth. 1918. T. 96. i 97. — Syphilis u. Auge 1918. Berlin — Springer.

nie spotykaliśmy, bo albo przed każdem, albo po każdem znacznem obniżeniu się gorączki w ciągu jednej nocy występowały jednodniowe, dwudniowe, lub kilkodniowe wahania ciepłoty znacznego stopnia. Licząc zaś początek i koniec spadku w sposób, jaki wyżej opisano, stwierdzaliśmy spadek gorączki kilkodniowy, z największym spadkiem albo w ostatnią, albo w pierwszą noc spadania gorączki.

Następna tablica przedstawia odsetek śmiertelności z duru plamistego wogólności i w odniesieniu do wieku chorych. W przypadkach śmierci nie uwzględniano, czy chodziło o dur plamisty, czy obok niego istniało także powikłanie; taksamo postępowano w przypadkach wyzdrowienia.

W wieku	leczono	zmarło	śmiertelność w %
do 15 lat	125	—	0
16 — 30	459	51	11·1
31 — 40	205	53	25·8
41 — 50	117	31	26·5
51 — 60	58	31	53·4
61 — 70	25	15	60
ponad 70 lat	3	2	66·6
Ogółem	992	183	18·4

Leczenie: Środków względnie zabiegów o wypróbowanem działaniu na przebieg duru plamistego wiedza lekarska nie zna. Nasze postępowanie było następujące: Leków przeciwgorączkowych nie podawano, natomiast w czasie wysokiej gorączki stosowano owijania chorych w moczone w zimnej wodzie prześcieradła. W razie objawów silnego odurzenia upuszczano około 100 cm³ krwi na jeden raz. Z zasady stosowano wlewania podskórne fizjologicznego rozczynu NaCl, u dorosłych 500 cm³, u dzieci 200—300 cm³ pro dosi, jeden raz, rzadziej dwa razy dziennie; wlewania podskórne powtarzano zwykle kilkakrotnie u tegosamego chorego. Zależnie od wskazań stosowano następujące leki, działające na układ krwionośny: kofeinę (natr. salicyl) do 1 gr. dziennie (wewnętrznie), proszki naparstnicy 3 × dnia po 0·1 w pięciodniowych okresach i oliwę kamforową podskórnie nieraz w ilości 15—20 cm³ na dobę; nierzadko stosowano podskórnie adrenalinę (roztwór 1‰) na dawkę 0·5—1 cm³, dwa, do trzy razy dnia. Jako środka nasennego używano wewnętrznie nastoju makowca, względnie podskórnie morfiny; tesame przetwory, tylko w większych dawkach, podawano chorym podnieconym. Przy objawach poraźnych (pęcherz, odbytnica) stosowano podskórnie strychninę. O nakłuciu lędźwiowem i znaczeniu jego w leczeniu duru plamistego wspomniałem już w dawniejszych publikacjach.

Na pytanie, w jakim stopniu wymienione, a przy durze plamistym powszechnie używane środki i zabiegi lecznieze wpływają korzystnie na jego przebieg, daje odpowiedź tablica śmiertelności. Postępowano bowiem u wszystkich chorych jednakowo, stosownie do wskazań leczniczych, a niezależnie od ich wieku.

W czasie od 1. VII. 1919 do końca czerwca 1920 r. używano do badania własności aglutynacyjnych surowicy krwi chorych, bakteryj hodowanych nie zawsze na jednakowo sporządzanych agarach. I tak: 1) Krew 115 chorych zbadano przy pomocy zawiesiny — bakteryj, hodowanych na agarze, sporządzonym wedle ogólnie przyjętego przepisu (agar zawierał 1½% peptonu, a zobojętniony był 10% rozczynem Na_2CO_3 na lakmus); dodatni odczyn Weil-Felixa stwierdzono u 66·9%, a dodatni odczyn Widala u 15·6% badanych chorych. 2) Zawiesina, użyta przy badaniu krwi 71 (innych) chorych, była sporządzona z bakteryj, hodowanych na agarze niezawierającym peptonu, a zobojętnionym przy pomocy 10% roztworu Na_2CO_3 na lakmus; dodatni odczyn Weil-Felixa otrzymano u 84·5%, a dodatni odczyn Widala u 4·2% badanych chorych. 3) Krew zaś 199 chorych badano zawsze w dwu równoległych i równocześnie nastawianych szeregach; w jednym szeregu używano zawiesiny z bakteryj, hodowanych na agarze obojętnym, — w drugim zawiesiny z bakteryj, hodowanych na agarze kwaśnym. Jeden i drugi agar był bez peptonu. Agary sporządzane były zawsze w jednym i tymsamym dniu i zawsze z tegosamego materjału; różniły się przeto między sobą tylko oddziaływaniem. Agar obojętny był zobojętniany zapomocą 10% rozczynu Na_2CO_3 na fenolftaleinę (nie lakmus!), — agar zaś kwaśny oddziaływał mniej lub więcej kwaśno, zależnie od własności mięsa, z którego go sporządzano; na oddziaływanie agaru kwaśnego zupełnie nie wpływano. Dla badań w dwu równoległych szeregach hodowano bakterje wyłącznie tylko na agarach sporządzanych w opisany sposób. Szczep X_{19} jak i tyfusowy, oraz paratyfusowy α i β, szczepiono zarówno na agar kwaśny, jak i na obojętny, zawsze tylko z agaru obojętnego. Zawiesinę sporządzano z 24-godzinnej hodowli, nalewając około 10 cm³ fizjologicznego rozczynu NaCl do jednej probówki; po upływie mniej więcej 10 minut zlewano z agaru zawiesinę. Odczyn Weil-Felixa nastawiano, dodając 2 krople zawiesiny do 1 cm³ rozcieńczenia surowicy, — w odczynie zaś Widala mieszano $1/_9$ cm³ zawiesiny z równą ilością rozcieńczenia surowicy; wynik odczytywano po upływie 18—20 godzin. W szeregu z zawiesiną »obojętną« otrzymano dodatni odczyn Weil-Felixa w 62·8%, a dodatni odczyn Widala w 8·5%, w szeregu zaś z zawiesiną »kwaśną«, stwierdzono dodatni odczyn Weil-Felixa w 80·9%, a dodatni odczyn Widala w 4%, — badanych chorych. Dodatni odczyn Weil-Felixa stwierdza się różnie często w różnych okresach duru plamistego, względnie zdrowienia po nim; odczyn utrzymuje się nieraz czas długi, to znowu znika po kilku dniach. Dokładny obraz własności surowicy krwi mogą dać jedynie badania, powtarzane u jednego i tegosamego chorego w krótkich odstępach czasu i w różnych okresach choroby, względnie zdrowienia. Przytoczone wyniki otrzymano w badaniach wykonywanych przeważnie w myśl potrzeb klinicznych; należy przypuszczać, że odsetek dodatniego odczynu byłby większy, gdyby badania przeprowadzano systematycznie. Częstsze występowanie odczynu Weil-Felixa w szeregu z zawiesiną »kwaśną«, niż w szeregu z zawiesiną »obojętną«, jest równoznaczne z wyższem mianem tejsamej surowicy w szeregu pierwszym niż w szeregu drugim. Uwidocznia to poniżej zamieszczona tablica; podane w niej liczby odnoszą się nie do liczby chorych, ale do liczby wykonanych badań. U pewnej liczby chorych badano bowiem surowicę więcej niż raz. W tablicy nie uwzględniano surowic o wyniku bezwzględnie ujemnym, t. zn. takich surowic, których miano było niższe niż 1:100, zarówno z zawiesiną »obojętną« jak i »kwaśną«.



a = szereg »obojętny«,
b = » »kwaśny«

Z tablicy widać: W szeregu »obojętnym« własności aglutynacyjne mieszczą się w granicach od 0—1:1500 (najwyższe miano), natomiast tesame surowice, nastawiane równocześnie, w szeregu »kwaśnym« okazują miano od 1:100—1:5000. Na 232 dodatnich wyników z zawiesiną »kwaśną«, przypada 65 wyników ujemnych z zawiesiną »obojętną«; z pośród tych ostatnich surowic jest 58 takich, które aglutynują w rozcieńczeniu 1:25 i 1:50, — 7 zaś takich, które wcale nie aglutynują; te 7 surowic okazuje z zawiesiną »kwaśną« miano 1:100 i 1:200. Różnica w mianie tejsamej surowicy między jednym a drugim szeregiem nie zawsze jest tasama. Dla objaśnienia przytaczam tylko największe ze spotkanych różnic. I tak miano tejsamej surowicy w szeregu »kwaśnym« było od miana w szeregu »obojętnym« wyższe: 15 razy w 6 surowicach, 16 razy w 6 surowicach, 20 razy w 5 surowicach, 30 razy w 3 surowicach, 60 razy w 1 surowicy. Z 232 omawianych surowic było 20 takich, których miano w jednym i drugim szeregu było równe; mieściło się ono w granicach 1:100—1:1500.

A teraz w sprawie odczynu Widala; nastawiano go zawsze z zawiesiną prątków tyfusowych i paratyfusowych α i β, z wyjątkiem badań wyszczególnionych pod 1), w których zawiesiny paratyfusowej nie używano. Za wynik dodatni brano aglutynację jednego z wymienionych szczepów, począwszy od rozcieńczenia surowicy 1:50. Przytoczone tu wyniki stanowią daleko większy odsetek dodatniego odczynu Widala w porównaniu z wynikami dawniej omawianemi, — w każdym razie jednak nie dosięgają liczb, przytaczanych przez różnych autorów. Co do wysokości miana aglutynujących surowic, to wynosiło ono u 7 osób 1:100, u 4 osób 1:200, u 2 chorych 1:400 względnie 1:1600, zresztą 1:50. Przyczyny występowania odczynu Widala u chorych na

dur plamisty nie poruszam; również u osób z dodatnim odczynem Widala o wysokiem mianie, wywiadów w kierunku przebytego duru brzusznego nie uwzględniam. Natomiast podaję własności surowicy krwi osób, które przebyły na oddziale naprzód dur brzuszny, a później dur plamisty:

a) K. B. chorował na dur plamisty w 8 tygodni po przebyciu duru brzusznego; odczyn Widala badany w okresie duru brzusznego trzykrotnie, w odstępach kilkodniowych, okazywał miano 1:200: w pierwszych dniach duru plamistego, kiedy odczyn W. F. był jeszcze ujemny, odczyn Widala miał miano 1:400; potem przy kilkakrotnem badaniu odczyn Widala był ujemny a odczyn W. F. dodatni.

b) K. M. przebył dur plamisty w 13 tygodni po durze brzusznym; odczyn Widala w okresie duru brzusznego, dwukrotnie robiony, okazuje miano 1:200; w okresie duru plamistego badano krew czterokrotnie; odczyn W.-F. był dodatni a odczyn Widala ujemny. (Pierwszy raz badano krew w drugim tygodniu przed spadkiem gorączki).

c) K. K. dur plamisty przebył w 5 miesięcy po durze brzusznym; miano odczynu Widala w czasie duru brzusznego sięgało 1:400; w okresie duru plamistego badano krew trzykrotnie, zaczynając badania w pierwszym tygodniu przed spadkiem gorączki; odczyn W. F. był dodatni a odczyn Widala ujemny.

d) K. W. zachorował na dur plamisty w $5^1/_2$ tygodnia po przebyciu duru brzusznego; miano odczynu Widala w czasie duru brzusznego wynosiło 1:800; w czasie duru plamistego krew badano 6 razy; w pierwszych dniach duru plamistego, kiedy odczyn W.-F. był ujemny, odczyn Widala był 3 razy dodatni o mianie 1:200, natomiast z chwilą wystąpienia dodatniego odczynu W.-F. odczyn Widala znikł.

e) M. S. przechodził dur brzuszny w listopadzie 1919 r.; odczyn Widala w tym czasie posiada miano 1:200. Dur plamisty przebył chory od pierwszych dni grudnia do 22. XII. 1919. W przebiegu duru plamistego krew badano czterokrotnie, pierwszy raz 12 dni przed okresem bezgorączkowym; odczyn W.-F. był zawsze dodatni, odczyn zaś Widala zawsze ujemny.

Jeden znowu chory, przebył dur brzuszny w 7 miesięcy po durze plamistym; odczyn W.-F. w czasie duru plamistego miał miano 1:200; w czasie duru brzusznego odczyn Widala był dodatni 1:200, zaś odczyn W.-F. był ujemny.

Często się mówi o występowaniu swoistych własności surowicy krwi pod wpływem czynników nieswoistych — przedewszystkiem zaś o występowaniu odczynu Widala pod wpływem duru plamistego u osób, które dawniej przebyły dur brzuszny. Przytoczone spostrzeżenia o częstości zjawiska nie świadczą.

Większość odczynów Widala wykonano w przebiegu duru brzusznego z zawiesiną bakteryj, hodowanych na agarze, sporządzanym według ogólnie przyjętej zasady. Natomiast odczyn Widala u tychsamych osób w czasie duru plamistego nastawiano z zawiesiną bakteryj, hodowanych na agarze bezpeptonowym. Za tem jednak, że nie w jakości użytej zawiesiny leży przyczyna braku dodatniego odczynu Widala u omawianych chorych, niechaj świadczy odsetek dodatniego odczynu Widala, otrzymywany przy posługiwaniu się zawiesiną bakteryj, hodowanych na agarze bezpeptonowym »obojętnym«: przy badaniu krwi 36 chorych na dur brzuszny otrzymano dodatni wynik u 33, a ujemny u 3 osób. Badania wyszczególnione pod 3) dowodzą, że przy używaniu zawiesiny bakteryj, hodowanych na agarze bezpeptonowym, otrzymuje się odczyn Weil-Felixa w wyższym odsetku dodatni z zawiesiną »kwaśną«, niż z zawiesiną »obojętną«; z odczynem Widala zaś sprawa ma się przeciwnie. Nie wchodzę w istotę zjawiska, ale wskazuję na praktyczne jego zastosowanie. Używanie pożywek bezpeptonowych stanowi oszczędność w wydatkach pracowni bakterjologicznej. Według zaś tego, co wyżej powiedziano, posługując się agarem bezpeptonowym, należy x_{19} szczepić na agarze »kwaśnym«, zaś prątki durowe i paratyfusowe na agarze »obojętnym«. Jednak co do bakteryj duru brzusznego i duru rzekomego są potrzebne jeszcze dalsze badania. Na tem kończę spostrzeżenia własne.

A teraz zwrócę uwagę na »Bacillus febris exanthematici Mandschurici«, opisany przez Horiuchiego w roku 1908 (Centrblt. f. B. O. XLVI, 7). Horinchi uważa go za zarazek swoisty choroby, spostrzeganej w czasie wojny japońsko-rosyjskiej (1904—1905); co do choroby nie był jednak Horiuchi pewien, czy była durem plamistym, czy go tylko przypominała. Naszą uwagę zajmują nie własności chorobotwórcze bakterji opisanej przez Horiuchiego, — autor główny nacisk na nie położył, — ale cechy biologiczne bakterji, zachowanie się jej wobec surowicy krwi chorych i wreszcie okoliczności, w jakich została wyhodowana. Horiuchi podaje: 1) Bakterja różni się od prątka paratyfusowego własnością wytwarzania indolu. 2) Pod wpływem surowicy krwi chorych na powyższą chorobę ulega aglutynacji w wysokim stopniu; surowica innych chorych, względnie zdrowych nie aglutynuje tej bakterji. Aglutynacja dosięga swego szczytu w pierwszym tygodniu zdrowienia. 3) Bakterję udało się wyhodować kilkakrotnie z kału i moczu chorych na »F. e. M.«, z krwi zaś ani razu.

Od siebie dodaję w sprawie cech biologicznych »B. f. e. M.« co następuje: Zachowanie się bakterji na mleku niezupełnie odpowiada własnościom prątka paratyfusu, zachowanie się zaś na żelatynie nie wyklucza, że opisana przez Horiuchiego bakterja mogła być szczepem z grupy odmieńca (b. proteus). Szczegóły opisane powyżej przypominają bardzo żywo własności x_{19} i warunki, w jakich on został wyhodowany. Rzecz dziwna, w bardzo obszernem piśmiennictwie, dotyczącem odczynu Weil-Felixa, nie spotyka się nigdzie wzmianki o »Bacillus febris exanthematici Mandschurici Horiuchi«.

Piśmiennictwo 1) Braun u. Salomon: C. f. B. O. LXXXI, 1—2. — 2) Brenner: Lw. Tyg. lek. 1920, 8. — 3) Dadej i Krahelska: Przegl. lek. 1918, 1—3. — 4) Demianowska: Lw. Tyg. lek. 1920. str. 77. — 5) Gluziński: Przegl. lek. 1916, 8. — 6) Gieszczykiewicz: Z. f. Immf. XXIV, 5. — 7) Horinchi: C. f. B. O. XLVI, 7. — 8) Jonszer: Gaz. lek. 1918, 23—24. — 9) Kaczyński: Przegl. lek. 1918, 12—13. — 10) Karwacki: Gaz. lek. 1917. 41. — 11) Kostrzewski: Przegl. lek. 1919, 40. — 12) Kostrzewski i Smreczyńska: Przegl. lek. 1920. 1. — 13) Michaelis: D. m. W. 1920, 23. — 14) Milgrom: Przegl. lek. 1917, 38. — 15) Sierakowski: Gaz. lek. 1917, 51. — 16) Sterlinżanka: Przegl. epidem. I. 2. — 17) Szokalski: Gaz. lek. 1918. 32—33. — 18) Weylandówna i Venulet: Przegl. epid. I, 1.

Dodatek do artykułu prof. Browicza

w Nrze 12 »Przeglądu lekarskiego« z r. 1920.

Do swego artykułu w sprawie mięśniaków macicy i ich usadawiania się nadesłał prof. Browicz następujący dodatek:

Anatomiczny dowód powstawania mięśniaków macicy z przypuszczanych przezemnie zawiązków z czasu rozwoju płodowego, mam przed sobą.

Guz wielkości małej pięści, śródścienny, wyłuszczony z macicy, złożony z 7 skupionych mięśniaków, okrągławego kształtu, o średnicy 3—4 cm, spojonych wiotką obficie unaczynioną tkanką łączną.

Wieloogniskowość skupioną, ukształtowanie, stosunek do mięśnia macicy wytłomaczyć można, zdaje mi się, tylko istnieniem w pewnych macicach zawiązków płodowego pochodzenia.

Oceny i sprawozdania

Prof. Dr Marjan Franke: **Diagnostyka chorób narządu krążenia**. Podręcznik dla lekarzy i uczących się.

[Podręczniki i monografje lekarskie wydawane staraniem S. Ciechanowskiego, E. Godlewskiego, A. Gluzińskiego, F. Groera, J. Parnasa i L. Popielskiego. Wydawnictwo podręczników uniwersyteckich]. Lwów—Warszawa—Kraków (Altenberg. Wende i Sp.) 1921. Stron 256. Cena 360 mp.

Do szczupłej liczby naszych oryginalnych podręczników z zakresu medycyny praktycznej przybywa książka prof. Frankego. Autor — znany z szeregu prac także i z dziedziny patologji serca — zaczyna »część ogólną« swej książki od omówienia dusznicy bolesnej i dychawicy sercowej. W treściwem naszkicowaniu dusznicy bolesnej wprowadza autor wyniki badań szkoły angielskiej o powierzchownych przeczulicach w przebiegu tego cierpienia. Mówiąc o duszności pochodzenia sercowego wyróżnia autor słusznie uczucie duszności, występujące w czasie ruchu, od napadowo (najczęściej nocą) występujących charakterystycznych napadów, które nazywa dychawicą sercową (asthma cardiacum). Na omówieniu tych dwóch klasycznych stanów kończy autor rozważanie tych momentów rozpoznawczych, które zwykle drogą wywiadów zdobywamy. — W rozdziale drugim, poświęconym badaniu fizycznemu, przechodzi Franke kolejno diagnostykę schorzeń mięśnia sercowego, jam sercowych, przyrządu zastawkowego oraz osierdzia, o ile schorzenia te wykryte być mogą tą metodą badania. Rozdział III, zatytułowany: »Grafika narządu krążenia«, uważany być powinien, mojem zdaniem, nie tyle za zamkniętą w sobie całość, ile za wstęp do zrozumienia nowych poglądów na sprawę niemiarowości tętna. To też uważałbym, że tę ostatnią sprawę należałoby omówić zaraz w następnym rozdziale, zamiast ją pomieszczać na końcu części ogólnej pod tytułem »dodatku«. Oczywiście, że przy tym układzie rzecz o elektrokardjografji musiałaby oba rozdziały poprzedzić, aby na metodę tę, tak ważną w ocenianiu różnych postaci niemiarowości tętna, można się następnie powoływać przy omawianiu niemiarowości. W rozdziale IV omawia autor krytycznie sprawę parcia krwi i wartość jej dla

kliniki. Rozdział V zapoznaje czytelnika z istotą i znaczeniem elektrokardjografji w sposób tak jasny, a treściwy, że nie łatwo znaleźć w tej sprawie równie przystępne wyłożenie rzeczy. Dodam tylko, że należałoby nietylko tekst, ale i rysunek elektrokardiograficznej krzywej zaopatrzyć znakami. W następnym rozdziale (VI) znajdujemy ogólne uwagi o znaczeniu i wartości badania promieniami Roentgena, a wreszcie rozdział, zatytułowany »dodatek« zawiera wyborny wykład o niemiarowości ruchów serca, na czem kończy się część ogólna.

Część drugą, »szczegółową«, zaczyna autor od omówienia diagnostyki niedomogi krążenia, w której wyróżnia 2 okresy: czynnościowy i anatomiczny. Dalej następuje wykład diagnostyki szczegółowej chorób wsierdzia, potem omówienie wad zastawkowych prostych, złożonych i wrodzonych, chorób mięśnia sercowego, wreszcie nerwic serca, do których zaliczony jest i częstoskurcz serca napadowy. Omówieniem chorób naczyń (tętnic i żył) kończy autor swą książkę, dołączając wyczerpujący przegląd wcale pokaźnego polskiego piśmiennictwa, dotyczącego chorób narządu krążenia.

Tak istotna potrzeba, jakoteż i istotna wartość książki zapewni jej niewątpliwie powodzenie i co za tem idzie, nowe niebawem wydanie, a temsamem możność pewnych zmian lub uzupełnień. W tym względzie postawiłbym na pierwszym planie dodanie przynajmniej pewnych rycin. Za konieczną uważam rycinę, przedstawiającą topografję poszczególnych części serca w stosunku do przedniej powierzchni klatki piersiowej i narządów sąsiednich. Bez takiej ryciny orientacja jest dla początkującego bardzo utrudniona. Konieczny jest dalej bodaj schematyczny rysunek dróg przenoszenia się podniet w sercu. Taksamo zrozumienie klinicznych objawów, zwłaszcza uciskowych, przy tętniakach poszczególnych części łuku aorty ogromnie ułatwi rysunek. Ile on ułatwi, dowodem przedstawienie tej sprawy w dziele Broadbenta.

Przy omawianiu stanów, w których serce ulega pomniejszeniu (str. 16) wymienione jest ogólne wyniszczenie, dalej serce w starczym zaniku; natomiast zupełnie nie wspomina autor o t. zw. niedokształconem (hypoplastycznem) sercu, o któremby tu należało wspomnieć i omówić wyczerpująco tę ważną klinicznie konstytucjonalną nieprawidłowość. Omawiając rozpoznanie zwężenia ujścia żylnego lewego (str. 110), należałoby obszerniej omówić istotę i różnicę pomiędzy spotykanemi w tej wadzie szmerami, a mianowicie t. zw. szmerem presystolicznym, protodiastolicznym i diastolicznym, i to nietylko ze stanowiska różnic akustycznych, lecz także pod względem patogenezy[1]). Wytłomaczenia przyczyny tak częstego w omawianej wadzie zdwojenia drugiego tonu nad tętnicą płucną, oraz znamiennego wzmocnienia pierwszego tonu nad końcem serca, również nie należałoby w następnem wydaniu zaniechać, a to tembardziej, ponieważ doświadczenie poucza, że zrozumienie tych szczegółów stanowi dla początkujących pewną trudność.

Na zaliczenie częstoskurczu napadowego do działu nerwic serca i na omawianie go w tym dziale (str. 192), co zresztą dawniej stale praktykowano, można się różnie zapatrywać. Sądzę, że ze względu na bardzo prawdopodobne a bliskie powinowactwo pod względem patogenetycznym pomiędzy tą sprawą a skurczami dodatkowemi (przedwczesnemi) (extrasystole) słuszniejby można omawiać to cierpienie w rozdziale o arytmji, zaraz po skurczach przedwczesnych, jak to zresztą w swej klasycznej pracy czyni angielski klinicysta Lewis.

Twierdzenie, zawarte na str. 143 i 145, dotyczące wpływu stwardnienia tętnic obwodowych na przerost komory lewej, należałoby poddać rewizji. Wiemy dzisiaj bowiem z badań Hasenfelda, że stwardnienie (skleroza) w naczyniach kończyn i naczyniach mózgu chyba minimalnie tylko wpływa na zwiększenie oporów w krążeniu dużem i że w tym względzie wyłączną niemal rolę przypada w udziale stwardnieniu początku łuku i całemu dorzeczu nerwu trzewnego, a więc stwardnieniu naczyń narządów wewnętrznych, a przedewszystkiem nerek.

Tych kilka szczegółów pragnąłbym poddać rozwadze autora przy ewentualnej, rychłej — jak sądzę — potrzebie nowego wydania tej wartościowej książki.

Dr Marjan Godlewski.

Metody badania narządu oddechowego. Dzieło zbiorowe pod przewodnictwem prof. Dr A. Sokołowskiego, pod redakcją doc. Dr B. Dębińskiego. Warszawa 1920. (Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«).

Oryginalne podręczniki polskie, które dotąd w tej dziedzinie metodologji badań posiadamy, n. p. Mięsowicza i Bronowskiego, obejmują przedmiot ogólnie i nie zestawiają szczegółowo metod, odnoszących się do badania poszczególnych narządów wewnętrznych. Brak ten postanowili choć w części usunąć znani autorowie warszawscy przez wydanie zbiorowej pracy, poświęconej wyłącznie sposobom badania narządu oddechowego. Dzieło to, o 370 stronach objętości, pojawiło się jako wydawnictwo »Gazety lekarskiej« warszawskiej, dzięki hojnemu zasiłkowi Ministerstwa zdrowia publicznego. Każdy dział rozpoczyna się wstępem historycznym i zawiera krótki rys anatomji i fizjologji danego narządu. Dzieło obejmuje następujące działy: 1) Badanie nosa i jamy nosowo-gardłowej (Szmurło). 2) Badanie krtani, tchawicy i oskrzeli głównych (Erbrich). 3) Anatomja i fizjologja płuc (Dębiński). 4) Diagnostyka ogólna chorób dolnego odcinka dróg oddechowych (Sokołowski). 5) Metody fizykalne badania narządów oddechowych (Dębiński). 6) Rentgenodjagnostyka ogólna cierpień narządu oddechowego (Grudziński). 7) Metody laboratoryjne (Dąbrowski). Starannej redakcji zawdzięcza ten podręcznik jednolitość w układzie i treści. Liczne ryciny i rentgenogramy są prawie wyłącznie oryginalne. Materjał ułożony przejrzyście a szybkość orjentacji ułatwiona przez dodatek alfabetycznego spisu rzeczy na końcu.

Zbyteczną jest rzeczą podkreślać zasługę autorów, którzy nie szczędząc trudu i mimo ciężkich warunków wydawniczych wojennych oddali w ręce polskiej młodzieży lekarskiej zwięzły podręcznik oryginalny, i to celowy i dobry zarówno co do treści, jak i formy. Może niesłusznie pominięto swoiste badania rozpoznawcze przetworami tuberkuliny, którym się wśród metod badania narządu oddechowego należała choć krótka wzmianka. Za zbyteczne natomiast można uważać dwukrotne powtarzanie opisu reflektora (str. 35 i 110). Pod względem językowym razi ucho szkaradne wyrażenie »szpryca« zamiast »strzykawka« (str. 48—50 i 364—365) oraz tautologja przez powtarzanie wyrazu śledziennictwo i hypochondria (str. 53). Oczywiście, że te drobne szczegóły w niczem nie umniejszają wartości dzieła.

Autorom życzyć należy, aby podręcznik ten znalazł się w rękach każdego studenta i lekarza i aby jaknajrychlej pojawiły się dalsze prace, poświęcone szczegółowym sposobom badania innych narządów.

Dr M. Blassberg (Kraków).

Dr Stefan Sterling-Okuniewski i Kazimiera Sterling: **Technika badań bakterjologicznych ze szczególnem uwzględnieniem chorób zakaźnych.** Warszawa. Lwów. Poznań. Łódź. (bez roku wydania). (Z przedmowy z datą Łódź 1918 dowiadujemy się, że książka ukazała się w druku dopiero w r. 1920). str. XV. 267.

Autorzy podzielili treść podręcznika na 2 części. W części pierwszej pomieścili rozdziały następujące: »Urządzenie pracowni bakterjologicznej. Wyjaławianie i odkażanie. Czynności pomocnicze w pracowni bakterjologicznej. Przygotowywanie pożywek. Metody hodowania drobnoustrojów. Badanie drobnoustrojów. Przygotowywanie barwników i barwienie preparatów. Barwienie preparatów ze krwi. Ciemne tło. Badanie zasadniczych własności biologicznych bakterji«. W części drugiej zaś pomieścili: »Zbieranie materjału do badań bakterjologicznych. Naczynia. Technika badań bakterjologicznych w chorobach zakaźnych. Technika zasadniczych odczynów serologicznych. Dodatek«, w którym autorzy opisali badanie wody, mleka, powietrza i gleby, i ustępy o odczynie biologicznym Paula i o Rickettsia Prowazeki. W książce umieszczono prócz tego 4 tablice, w których podano rozpoznanie różniczkowe między bakterjami błonicy, tyfusu, czerwonki i pokrewnemi im bakterjami, a w tablicy IV podano, co i kiedy badać należy w najważniejszych chorobach zakaźnych u chorych, ich otoczenia i u nosicieli zarazków. (Pominięto gruźlicę!).

Jak widać ze streszczenia, książka Sterlingów jest podręcznikiem na wzór powszechnie znanego podręcznika Abla w języku niemieckim; wypełniła ona zatem brak, który pracownie bakterjologiczne polskie od dawna przykro odczuwały. Wszystkie ważniejsze pożywki, metody barwienia i hodowania baterji, jakoteż metody badania w różnych chorobach zakaźnych, są w podręczniku opisane naogół dokładnie i jasno. Książka ta powinna więc wyprzeć z pracowni polskich analogiczne podręczniki cudzoziemskie. Nie przynosi ona wprawdzie nic nowego, jednak książki tego rodzaju nie mają tego zadania; chodzi w nich głównie o wskazówki techniczne dla pracowni, a z tych wiele starych jest bardzo dobrych: nie można ich zatem pomijać. Swoją drogą, gdyby autorzy podali nam jakieś własne uwagi lub wskazówki, do jakich doszli, pracując szereg lat w pracowni

[1]) Co autor rozumie przez szmer rozkurczowo-przedskurczowy, skoro go wyraźnie odróżnia od szmeru przedskurczowego, nie jest dla mnie jasne. W każdym razie wytłomaczenie używanych terminów jest nieodzowne, zwłaszcza, gdy one nie są ogólnie przyjęte.

bakterjologicznej, książka zyskałaby wiele na oryginalności, której jest pozbawiona. Nie uważam tego za wadę książki, ale za brak cennej zalety.

Natomiast do wad książki zaliczyć trzeba dużą ilość błędów. Dwie strony takic błędów (często bardzo drobnych) wykazali sami autorzy w »omyłkach druku« na końcu książki. Oprócz tych błędów znalazłem szereg innych, których niepodobna wszystkich wymieniać. Tak n. p. na str. 47 podano opis hodowania beztlenowców w atmosferze wodoru, przyczem opisano zupełnie niezrozumiale sposób usuwania powietrza zapomocą wodoru. Na str. 63 podano sposób przygotowania zwykłych preparatów barwionych, autorzy polecają przytem »narysować tłustym ołówkiem kółko na szkiełku« i w tem kółku dopiero rozetrzeć preparat. Jest to, mojem zdaniem. zupełnie niepotrzebne utrudnienie. Na str. 74 w. 8 i 12 od dołu powinno być NaOH a nie NaON. Na str. 81 w. 6 i 11 od dołu ma być roztwór azotynu potasowego KNO_2, a nie azotanu potasowego KNO_3. Na str. 100 zamiast Nogu*sck*iego, powinno być Nogu*ch*iego. Na str. 109 autorzy podają przy »bac. mallei« nazwisko »Gessard«, podczas gdy bakterje nosacizny wykryli Loeffler i Schütz, a nie Gessard. Na str. 114 autorzy nazywają laseczniki Ghona i Sachsa »prątkami szelestnicy«, podczas gdy polska nazwa lasecznika szelestnicy odpowiada niemieckiej nazwie »Rauschbrand«, a francuskiej »bac. Chauvoei«. Na str. 120 autorzy podali zupełnie nieprawdziwą definicję »jednostki odpornościowej« w błonicy, co może szerzyć zamieszanie wśród początkujących bakterjologów. Na str. 137 piszą autorzy, że »starą tuberkulinę« Kocha przyrządza się przez »wyciąganie alkoholem«, podczas gdy alkoholu przy tem wcale się nie używa. Na str. 157 twierdzą autorzy, że bakterje dysenterji zostały wykryte przez Krusego w r. 1897 i »mylnie opisane jako ruchome; omyłkę tę poprawił Shiga w tym samym roku«. Naprawdę zaś było tak, że bakterje te odkrył Shiga w r. 1898 i opisał jako ruchome; Kruse dopiero w r. 1900 odkrył je w Niemczech i poprawił omyłkę Shigi stwierdzając, że bakterje te są nieruchome. Co gorzej jednak, autorzy piszą zaraz dalej na tej samej str. 157, że »lasecznik ten« (t. j. bakterja dysenterji Shiga-Kruse) »jest bardzo jadowity — przez wytwarzanie endotoksyny wywołuje w ustroju ciężkie zatrucia«. Wiadomo przecież, że bakterje dysenterji typu Shiga-Kruse wytwarzają typowy jad czyli toksynę i ten jad, a nie endotoksyna, wywołuje w ustroju ciężkie objawy zatrucia. Dalej na tej samej stronie autorzy twierdzą, że typy bakterji dysenterji »Flexner«, »Y«, i »Strong« nie wytwarzają endotoksyn, a więc są mniej jadowite, niż typ Shiga-Kruse. Lepiejby było, gdyby autorzy tej strony 157 wcale nie napisali! Na str. 169 autorzy utrzymują, że bakterje cholery kurzej, tyfusu mysiego i amerykańskiej zarazy świń (hog cholera) należą do jednej grupy i że »są to laseczniki nieruchome«. W rzeczywistości zaś bakterje tyfusu mysiego i »hog cholera« należą do najżywiej ruchomych bakteryj i nie mogą być zaliczone do tej samej grupy z cholerą kur. Na str. 174 autorzy nazwali meningokoka: »diplobacillus intracellularis Weichs.«, podczas gdy jestto jeden z najbardziej typowych ziarenkowców i nazwa jego łacińska brzmi: »diplococcus intracellularis W.«

Oprócz tych dla przykładu przytoczonych błędów rzeczowych, trzeba wspomnieć też o błędach językowych. Tak n. p. autorzy bardzo lubią używać słówka »od«; chociaż w Polsce zbiera się mleko *ze* śmietany i owoce *z* drzewa, to autorzy stale zbierają krew *od* chorego, *od* świnek, *od* barana (n. p. str. 221, 222, 223, 207, 210, 213) *od* bardzo małych zwierząt, *od* ptaków, *od* dużych zwierząt (str. 187) i t. d. Na str. 50 autorzy mieszają »materjał zakaźny z jedzeniem zwierząt« (zamiast z pokarmem). Zdaje mi się, że autorzy niepotrzebnie stale barwią metodą »Giemsa'y« zamiast poprostu »Giemsy«. Na str. 103 autorzy piszą, że dorosłe pasorzyty malarji »zajmują całe ciałko czerwone; są to twory o kształcie nieprawidłowym«. Kształt tych tworów jest jednak prawidłowy — tylko chyba »nieregularny«. Autorzy używają kilka razy wyrażenia »postać hantlowa« (n. p. str. 111, 118), podczas gdy możnaby po polsku powiedzieć »postać ciężków«. Na str. 116 nazywają ziarenka promienicy »druzami«, chociaż wyraz »druza« w języku polskim wcale nie istnieje. Na str. 126 autorzy ogrzewają preparat »wysoko nad płomieniem aż do pary«. Na str. 173 autorzy posługują się »doskórnem *zadaniem* tuberkuliny zakażonym świnkom«; na str. 189 cytują jako przykład antygenów »obce białka, wywołujące u zwierząt, którym są *zadane*, ciała ochronne«; na tejże stronie twierdzą, że »od *zadania* ustrojowi zwierzęcemu jakiegoś antygenu w ustroju tym powstają t. zw. ciała ochronne«, a na str. 207 twierdzą, że podczas wojny »bardzo wielu osobom *zadano* ochronnie szczepionkę tyfusową«. Po polsku można komuś »zadawać« jakieś zadanie, ale nie »tuberkulinę« albo »obce białko« »podskórnie«.

Tego rodzaju błędów językowych możnaby jeszcze trochę wyliczyć.

Oprócz nich nie można też autorom nie zarzucić pewnej niedbałości w pisaniu; tak n. p. autorzy piszą raz »Riemsdijk« (str. 121), a raz »Riemsdyk« (str. 27); raz piszą »ekzotoksyna« (str. 112 w. 3 od dołu), a raz »egzotoksyna« (str. 119); raz piszą »bac. xerosae« (str. 122), a raz »bac. xerosis« (str. 121); takich przykładów możnaby również więcej przytoczyć. Jeżeli zaś samemu obchodzi się trochę niedbale ze swojem dziełem, to czy można mieć innym za złe, jeśliby je lekceważyli? Mimo to nie lekceważę bynajmniej książki autorów, cieszę się szczerze, że się ukazała i będę ją zawsze polecać studentom, dopóki się lepsza taka książka u nas nie pojawi. Jeżeli krytyka tej książki zajęła dość dużo miejsca, to tylko dlatego, że pragnąłbym, aby podręczniki dydaktyczne polskie miały jak najmniej wad i żeby je można polecać nietylko z obowiązku obywatelskiego, ale także na podstawie głębokiego przekonania, że są lepsze od cudzoziemskich.

Warszawa, 19. XII. 1920. R. Nitsch.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Lhermitte: **O czkawce epidemicznej**. (Presse méd. 1920, Nr 93). Czkawkę epidemiczną spostrzegano naprzód w zimie 1919 roku w Wiedniu i w okolicy, w kilka tygodni później we Włoszech, później w Paryżu, we Francji i w Ameryce. O ile dawniejsze poglądy lekarskie zadowalniały się tłumaczeniem epidemicznej czkawki, jako objawu histerycznego, to obecne pojawienie się masowe tej czkawki prawie równolegle ze śpiączką epidemiczną nasunęło nowe poglądy, uważające przeważnie czkawkę za jeden z objawów myoklonicznych encephalitidis lethargicae, za objaw zwiastunny tego cierpienia, powstający drogą nerwu błędno-przeponowego, za utajoną postać tej choroby lub też za objaw grypowy. Przy różniczkowaniu z histerją wchodzą w rachubę: 1) towarzyszące czkawce epidemicznej podniesienie ciepłoty do 37 8, dreszczyki i ból głowy, 2) kurcze kloniczne, nie ograniczające się ściśle do mięśni kurczących przeponę i głośnię, lecz obejmujące także mięśnie brzuszne, a niekiedy tylko poszczególne odcinki mięśni, i to nie biorących żadnego udziału w oddychaniu, jak n. p. mięśni grzbietu, karku lub kończyn, 3) spostrzeżenia czkawki przy połowiczych, jednostronnych skurczach mięśni brzusznych, 4) niekiedy zdarzająca się bolesność czkawki, 5) bezsenność z powodu czkawki. Przeważnie występuje 6—15 skurczów czkawkowych na minutę. Zachowanie się psychiczne chorych bywa rozmaite, bądź pełne lęku, bądź też zupełnie obojętne. Czkawka taka zwykle trwa 3—4 dni, ale może też utrzymywać się znacznie dłużej. Patogeneza cierpienia jest nagół niejasna, a duży szereg używanych środków leczniczych dowodzi niepewnego ich działania. Blassberg (Kraków).

Orticoni. **Przyczynek do odczynu surowicy i wiązania dopełniacza przez prątka odmieńca w przebiegu duru osutkowego.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920. 2). Surowica dwu chorych na dur plamisty, dająca bardzo silny odczyn Weila-Felixa, nie zdołała jednak odchylić dopełniacza przy użyciu hodowli prątka odmieńca Nr 19, jako wywoływacza (antygenu). To widoczne przeciwieństwo między zdolnością aglutynującą surowicy osób chorych na dur plamisty, względnie ozdrowieńców, co do prątka odmieńca Nr 19, a niezdolnością wiązania dopełniacza przy użyciu tegosamego szczepu, jako wywoływacza, dowodzi, że jakkolwiek odczyn W. F. ma bardzo wielką wartość rozpoznawczą, nie może jednak być uważany za swoisty, a tylko za »agglutination para-specifique«. Dr T. Tempka.

Abrami i Senevet: **Zakażenie zimnicze a nowarsenobenzol.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920. 4). Brau i Marque twierdzą, że nowarsenobenzol powoduje przy zakażeniu zimniczem przez plasmodium falciparum (= praecox) z jednej strony ustąpienie napadów zimniczych, z drugiej zaś zniknięcie »półksiężyców« z krwi obwodowej. A. i S. zwracają się przeciw temu twierdzeniu. Już sam wpływ pór roku, przedewszystkiem zimą, wywołuje samoistne wstrzymanie się napadów gorączki; również i znikania, względnie liczebnego zmniejszania się gametów zimnicy złośliwej nie należy koniecznie uważać za wpływ jakiegokolwiek leczenia, bo naprzód znikają one z krwi obwodowej bardzo często niezależnie od leczenia, a mianowicie w po-

rze roku, niesprzyjającej rozwojowi pasorzyta, a więc w zimie; ponadto zaś spostrzegali A. i S. zmniejszanie się liczby półksiężyców także i w porze roku sprzyjającej ich rozwojowi, i to niezależnie od leczenia, a mianowicie w okresie między napadami. Poparcie swego twierdzenia znajdują A. i S. w spostrzeżeniach innych badaczy, którzy, stosując w zimnicy złośliwej salwarsan (lub inne podobne przetwory, jak n. p. neosalwarsan, nowarsenobenzol, galyl, diarsenol), zauważyli z jednej strony bezskuteczność lub tylko niewielki skutek tych środków, podanych bez żadnego innego leczenia, z drugiej zaś strony nawet działanie prowokujące pasorzyty, wreszcie konieczność równoczesnego stosowania soli arszenikowych i chininy. Natomiast prawie wszyscy stwierdzają skuteczność przetworów arszenikowych przy zakażeniu przez plasmodium vivax. Dr T. Tempka.

Swellengrebel: **Sposób wykrywania nielicznych pasorzytów zimniczych we krwi obwodowej.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920. 1). Już w przypadkach zakażeń takiemi pasorzytami krwi, jak świdrowce i Leishmania, gdzie niekiedy z powodu bardzo małej ich ilości było ich wykrycie niezmiernie trudne, starano się je wykazać zapomocą »hodowli in vivo«, t. zn. zapomocą hodowli w organizmach pewnych owadów. S. w toku badań nad przenoszeniem zakażenia zimniczego przez niektóre gatunki widliszów malajskich zrobił spostrzeżenie, że taka »hodowla in vivo« może oddać usługi przy wykrywaniu bardzo nielicznych pasorzytów zimniczych jednego gatunku w zakażeniu mieszanem. Polega to mianowicie na stwierdzeniu rodzaju barwika oocyst, znajdujących się w przewodzie pokarmowym widliszów, które ssały krew takiego chorego, barwik bowiem oocyst plasmodium vivax jest bardzo drobny, brunatnożółtawy, w przeciwieństwie do gruboziarnistego, czarnego barwika oocyst plasmodium praecox (falciparum). Z przypadków, przytoczonych przez S., bardzo przekonywającym jest następujący: U jednego z chorych znajdują się bardzo liczne »półksiężyce«, natomiast bardzo dokładne, kilkakrotne badanie »grubej kropli« nie stwierdziło pasorzytów trzeciaczki; badanie oocyst moskitów, które ssały krew tego chorego, wykazało obecność oocyst tak z barwikiem drobnym, jak i grubym. Osoba druga, ukłuta przez te moskity, dostała po 12 dniach gorączki, a badanie krwi wykryło typowe pasorzyty trzeciaczki. Jedynie rozpoznanie pasorzyta czwartaczki mogłoby sprawiać trudności, gdyż barwik jego oocyst stoi co do swej ziarnistości w pośrodku między barwikiem trzeciaczki, a zimnicy podzwrotnikowej. Dr T. Tempka.

C. Sternberg: **O ostrej białaczce.** (Wiener kl. Woch. 1920. 26). Sternberg dochodzi do wniosku, że nie istnieje ostra postać białaczki szpikowej ani limfatycznej. Zbiór objawów, określany nazwą ostrej białaczki, nie jest ostrą białaczką, lecz jest zakażeniem ogólnem ze stanem krwi białaczkowatym i z odpowiednim odczynem narządów krwiotwórczych. Przy tak zwanej ostrej białaczce szpikowej występuje myeloiczna przemiana i myelocytoza, a przy tak zwanej ostrej białaczce limfatycznej występuje rozrost limfatyczny i limfemia. Pozostaje nierozstrzygniętem pytanie, dlaczego tesame drobnoustroje, które zazwyczaj wywołują znany obraz posocznicy, niekiedy dają powód do powstawania zespołu objawów, określanego mianem ostrej białaczki. Nie wiadomo, czy to zależy od szczególnych cech drobnoustrojów, czy też nagabniętego organizmu. Również pozostaje rzeczą niejasną, dlaczego w większości takich przypadków występuje odczyn myeloiczny, a w znacznie mniejszej liczbie odczyn limfatyczny. Dr M. Blassberg (Kraków).

L. Cheinisse: **Cytrynian sodowy jako środek leczniczy w zapaleniach płuc.** (Presse méd. 1920. 13). Cytrynian sodowy od dawna używany był w pracowniach do badań hematologicznych. Griesbach i Pekelharing wykazali, że działa on powstrzymująco na krzepnięcie krwi. Wright zalecał go przeciw nieżytom żołądkowo-jelitowym u osesków, ponieważ opóźniał krzepnięcie mleka pod wpływem podpuszczki, a Mathieu polecał go następnie przeciw niestrawności u dorosłych. Później stosowano cytrynian sodowy w Ameryce i we Francji dla uczynienia krwi niekrzepliwą przy przetaczaniu krwi. Lekarz amerykański Weaver zaczął polecać cytrynian sodowy przeciw zapaleniom płuc. Leczenie to zmierza do przywrócenia stanu prawidłowego krążenia płucnego przez to, że obniża lepkość krwi, która bywa prawie zawsze zwiększona przy zapaleniach płuc i że podnosi zasadowość krwi, potęgującą leukocytozę i działanie antytoksyczne krwi; zasadowość krwi w zapaleniach płuc bywa bowiem obniżona. Dawka cytrynianu sodowego dla dorosłych wynosi 0·9 do 1·2 gr. co godzinę lub 2·4 gr. co 2 godz., dniem i nocą w obfitej ilości wody. Niekiedy powstaje lekkie działanie przeczyszczające, łatwo dające się powstrzymać przetworami makowca. Wyleczenie następuje w przeciągu doby, a najpóźniej w ciągu 4 dni. Lek należy podawać jeszcze przez 2—3 dni po przełomie, a wysokie dawki są koniecznym warunkiem skuteczności działania. Przy grypowych zapaleniach płuc działanie jest mniej wybitne. Lek nie dopisał u 65-letniego alkoholika i u jednej kobiety 91-letniej. U dziecka 9-letniego podawano 0·6 gr. co 3 godziny dniem i nocą. Dr Blassberg (Kraków).

Souques i Moreau: **Napad hemoklazyczny w chorobie Raynauda.** (Bull. de l'Acad. de méd. 1920. 28). Autorowie podjęli u trzech chorych, dotkniętych chorobą Raynauda, szereg doświadczeń, wywołując przez zanurzanie rąk w lodowo zimnej wodzie na przeciąg około trzydziestu minut objawy miejscowej zamartwicy (asfiksji) i zaburzenia ogólne, zupełnie analogiczne do takichże zaburzeń, występujących u tych chorych samoistnie napadowo w zimie. Oprócz zamartwicy miejscowej, połączonej z niedomaganiem ogólnem, bladością, stanem lekkiego omdlenia, odurzeniem, potem i lekkiemi dreszczami, — stwierdzało badanie równoczesny spadek liczby leukocytów i czasowe obniżenie się parcia krwi. Są to napadowe zmiany w krwi i naczyniach, analogiczne do anafilaksji i do napadów, opisanych przez Widala i jego uczniów pod nazwą napadów hemoklazycznych (crise hémoclasique), a cechujących się spadkiem ciśnienia, leukopenją i spotęgowaniem krzepliwości krwi i pojawiających się w przebiegu napadowego hemoglobinomoczu, pokrzywki i dychawicy oskrzelowej. Badania krzepliwości krwi autorowie w swoich przypadkach nie przeprowadzili.
Dr Blassberg (Kraków).

P. Neuda: **O stosunku grypy do kiły.** (Wien. kl. Woch. 1920. 36). U chorych kiłowych przebiega zwykła grypa łagodniej, przyczem także obraz kiły się zmienia, gdyż odczyn Was-

sermanna we krwi znika, a również wynik badania płynu mózgowordzeniowego poprawia się. Ponieważ także inne ostre zakażenia, jak włóknikowe zapalenie płuc i róża, mogą zmieniać odczyn Wassermanna, należy zwrócić uwagę, czy też przebieg takich chorób nie bywa u kiłowych, analogicznie do grypy, łagodniejszy, aniżeli u innych chorych. Dr Blassberg (Kraków).

M. Strassberg: **W sprawie grypy i kiły.** (Wien. kl. Woch. 1920. 36). Grypa wywiera korzystny wpływ na kiłę, poprzednio choćby trochę leczoną, gdy na kiłę nieleczoną względnie na odczyn Wassermanna w przypadkach kiły nieleczonej nie wywiera wpływu. W tym kierunku występuje podobieństwo wpływu grypy do wpływu leczenia ciałami proteinowemi na kiłę. Także i wstrzykiwania mleka wywierają bowiem wpływ potęgujący na leczenie swoiste przeciwkiłowe, poprzednio przeprowadzone. Właściwym zatem czynnikiem, działającym leczniczo na kiłę w przebiegu grypy, jest, jak się zdaje, gorączka, przyczem gorączka grypowa, jako jadowa, zdaje się biologicznie o wiele silniej działać, niż ciepłota po wstrzykiwaniach mleka. Przy grypie zatem podobnie, jak przy róży, durze i t. p. zachodzą w ustroju sprawy, które pogarszają podłoże dla kiły i potęgują wpływ poprzednich środków przeciwkiłowych, a nawzajem kiła wywiera wpływ hamujący na pełny rozwój grypy. Dr Blassberg (Kraków).

P. J. Cammidge: **Zapobieganie i leczenie śpiączki cukrzycowej.** (The Lancet 1919. 2). Wobec niepomyślnych wyników leczenia śpiączki cukrzycowej (50—60% śmiertelności) zapobieganie tej sprawie powinno być głównem zadaniem lekarza. Pomyślnemu rozwiązaniu tego problematu stają na przeszkodzie dwa błędne poglądy, panujące dotąd w nauce o cukrzycy: 1) pogląd, że choroba ta jest wyłącznie zaburzeniem przemiany węglowodanów i 2) przesąd, że w leczeniu moczówki należy za wszelką cenę zapobiegać chudnieniu chorych. Nowsze badania doświadczalne nakazują przypuszczać, że cukrzyca od samego początku jest zaburzeniem całkowitej przemiany materji, a więc węglowodanów, białka, tłuszczów i zapewne substancyj mineralnych. Skutkiem ogólnego osłabienia czynności metabolicznych ustrój chorego może przyswajać tylko ściśle określoną ilość pożywienia w przemianie materji i sprzyjać powstawaniu śpiączki cukrzycowej. Śpiączka bowiem nie jest skutkiem działania jednego czynnika. Jestto zatrucie zbiorowe, które powstaje pod wpływem różnych pierwiastków toksycznych w następstwie ogólnych zaburzeń metabolicznych. Leczenie djetetyczne cukrzycy powinno opierać się na następujących zasadach: 1) węglowodany, białko, tłuszcze pod względem ilościowym nie powinny przekraczać tolerancji chorego, 2) całkowita ilość pożywienia dziennego powinna być przystosowana nie do wagi chorego, ale do jego metabolicznej sprawności, 3) powinna być zachowana równowaga we wzajemnem ustosunkowaniu poszczególnych składników pożywienia, 4) wobec utraty przez ustrój niektórych soli mineralnych, zwłaszcza wapnia i magnu, należy zapewnić choremu dowóz odpowiednich soli. W ciągu leczenia konieczna jest stała i ścisła kontrola całkowitej przemiany materji, gdyż o składzie pożywienia i o wzajemnym stosunku ilościowym poszczególnych pokarmów powinno rozstrzygać systematyczne badanie krwi i moczu. Pożyteczną wskazówką rozwijającej się kwasicy (acidosis) jest zmniejszenie krążących we krwi węglanów. Określić je można: pośrednio — na mocy obliczenia zawartości CO_2 w powietrzu pęcherzyków płucnych (przyrząd Mariotta), albo bezpośrednio — przez zbadanie krwi. Szczegóły leczenia djetetycznego, omówione przez autora w myśl powyższych zasad, nie nadają się do krótkiego streszczenia. Ostatnia część pracy poświęcona jest leczeniu właściwej śpiączki. Autor poleca bezwzględny spokój, ciepło, butelki z gorącą wodą, przeciw zaparciu — lawatywę lub środek lekko przeczyszczający; jako pożywienie około 200 gr. ziemniaków albo 80 gr. mączki owsianej na dobę w postaci papki i oprócz tego dużą ilość płynów ($2^1/_2$—3 litry dziennie). Dla usunięcia części trujących pierwiastków może być pożyteczny upust krwi (10—20 uncyj) oraz rozczyn fizjologiczny soli śródżylnie. W celu zobojętnienia nieutlenionych kwasów organicznych — wstrzykiwanie śródżylne jednego litra 5%—6% rozczynu dwuwęglanu sodu. Wstrzykiwać należy bardzo powoli w ciągu $^1/_2$—1 godziny; po 6—12—18 godzinach wstrzykiwanie w razie potrzeby powtórzyć. Środki sercowe. K. Rozenfeld (Częstochowa).

P. J. Cammidge: **O gotowaniu jarzyn dla chorych na cukrzycę.** (The Lancet 1919, II. 26). Wpływ gotowania jarzyn na zawartość węglowodanów był już przedmiotem badań Noordena i Allena. Allen przypuszczał, że jarzyny po trzykrotnem wygotowaniu każdorazowo w świeżej porcji wody ulegają prawie zupełnemu wyługowaniu i mogą być spożywane bez szkody dla zdrowia w najcięższych postaciach cukrzycy. Dla sprawdzenia tego wykonał C. szereg badań nad 16 gatunkami jarzyn, będących w codziennem użyciu. Jarzyny, pokrajane na cienkie i małe plasterki, gotowano w 3 wodach, po 15 minut w każdej. Po każdem gotowaniu obliczano we wszystkich jarzynach całkowitą ilość węglowodanów oraz ilość redukującego cukru. Niektóre jarzyny tracą zupełnie węglowodany i cukier: seler, rzewień i szpinak już po drugiem gotowaniu, biała rzepa i marchew — po trzeciem. Większość jarzyn zachowuje do ostatka pewną ilość węglowodanów, a mianowicie buraki — 0·4%, kapusta — 0·5%, kalafiory — 0·8%, kartofle — 1%. Jednakże ilość ta jest od 4 do 30 razy mniejszą, niż po gotowaniu jednorazowem. Ponieważ postać i smak jarzyn pod wpływem długiego gotowania psuje się, przeto przed podaniem choremu trzeba je odpowiednio przyprawić. K. R.

Langdon Brown: **Współczulny układ nerwowy a cukrzyca** (Wykład z serji odczytów »O roli układu współczulnego w patologji«[1]). (The Lancet, 1919, I, May 31). Zaznaczywszy na wstępie, że moczówka cukrowa jest zaburzeniem całkowitej przemiany materji, streściwszy postępy w nauce, zdobyte dzięki badaniom ilościowym cukru we krwi chorych i omówiwszy cukromocz nerkowy i t. zw. diabetes innocens (Salomon), autor rozważa szczegółowo teorję trzustkową Allena w świetle nowszych badań. Mówi o połączeniu cukru z »amboceptorem trzustkowym«, ktory gra tak ważną rolę wt eorji Allena, o zmianach organicznych trzustki, o antagonizmie między wydzielaniem zewnętrznem i wewnętrznem trzustki. W drugiej części wykładu, usiłując wyjaśnić rolę układu współczulnego w powstawaniu cukrzycy, przytacza autor szereg faktów, dowodzących istnienia cukromoczu przysadkowego, tarczycowego i nadnerczowego. Autor skłania się ku teorji wielogruczołowej Eppingera-Falty-Rudingera, podług której moczówka cukrowa jest następstwem zaburzenia równowagi między gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem. W tem zaburzeniu równowagi udział układu współczulnego zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Pobudzenie tego układu zwiększa ilość cukru we krwi (odruch obronny) oraz wzmaga wydzielanie nadnerczy, tarczycy i przysadki. Ogólny skutek pobudzenia układu współczulnego nosi charakter kataboliczny czyli wiedzie do wyładowania energji, a uruchomienie cukru jest aktem przygotowawczym do tej katabolicznej czynności. Ponieważ n. błędny pobudza wydzielanie trzustki, przeto wobec znanego antagonizmu między nim i n. współczulnym można przypuszczać, że n. współczulny jest dla trzustki nerwem hamującym. W ten sposób układ współczulny może wywołać cukromocz albo przez pobudzenie wydzielania gruczołów, które obniżają tolerancję węglowodanową (nadnercza i t. d.), albo przez zahamowanie czynności gruczołu, który tolerancję tę zwiększa (trzustka). Ostatecznie pogląd autora można streścić w następujący sposób: Przyczyną moczówki cukrowej jest zapewne niedomoga trzustki, zależna od zmian organicznych tego narządu, albo też od zaburzeń czynnościowych, które rozwijają się w następstwie hamujących wpływów nerwu współczulnego; wpływ ten może być wzmocniony przez równoczesne pobudzenie »sympatyczne« innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, które zmniejszają zdolność przyswajania węglowodanów. K. Rozenfeld.

Utworzenie Akademji nauk lekarskich w Polsce.

Na wzór zagranicznych Akademji nauk lekarskich, zwłaszcza paryskiej »Academie de médecine«, która z końcem r. 1920 obchodziła 100-letni jubileusz, została utworzona w Warszawie Polska Akademja nauk lekarskich, a w dniu 28 grudnia 1920 odbyło się pierwsze Walne Zebranie tej Akademji.

Statut organizacyjny Akademji został wydany przez Ministerstwo wyznań i oświecenia publ. łącznie z Ministerstwem zdrowia publ. i w d. 8. X. 1920 zatwierdzony przez Ministrów Rataja i Dra Chodźkę. Ustrój Akademji jest zbliżony do ustroju innych Akademji, zwłaszcza Polskiej Akademji umiejętności w Krakowie. Akademja mieć będzie najmniej 20, a najwyżej 40 członków czynnych krajowych, najwyżej 30 członków czynnych zagranicznych i najwyżej 60 członków korespondentów.

Pierwszymi członkami czynnymi Polskiej Akademji nauk lekarskich są ci członkowie Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie, którzy są lekarzami, oraz lekarze polscy, którzy

[1]) Oprócz czterech wykładów, ogłoszonych w Lancet (17, 24, 31. maja i 7. czerwca), świeżo wyszło z druku dzieło Browna p. t. Lympathetic nervous system in disease. Oxford Medical Publications. London.

zostali wybrani na pierwszym zjeździe organizacyjnym w Warszawie, zwołanym przez Ministerstwo 12 czerwca 1920 r. i zatwierdzeni przez Ministra wyznań relig. i ośw. publ. Tych pierwszych członków jest obecnie 27, a mianowicie są nimi:

Z Krakowa: Prof. Dr. Tadeusz Browicz, prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. Dr. Henryk Hoyer, prof. Dr. Emil Godlewski jun., prof. Dr. Walery Jaworski, prof. Dr. Kazimierz Kostanecki, prof. Dr. Stanisław Maziarski, prof. Dr. Witold Orłowski, prof. Dr. Aleksander Rosner, prof. Dr. Juljan Talko Hryncewicz, prof. Dr. Leon Wachholz.

Ze Lwowa: Prof. Dr. Adolf Beck, prof. Dr. Władysław Bylicki, prof. Dr. Dąbrowski, prof. Dr. Dybowski, prof. Dr. Antoni Jurasz.

Z Poznania: Dr. Franciszek Chłapowski, prof. Dr. Heliodor Święcicki, prof. Dr. Adam Wrzosek, Dr. Szuman z Torunia.

Z Warszawy: Prof. Dr. Stanisław Bądzyński, prof. Dr. Szymon Dzierzgowski, Dr. Edward Flatau, prof. Dr. Antoni Gluziński, prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz, prof. Dr. Jan Mazurkiewicz, prof. Dr. Alfred Sokołowski.

Dwaj mianowani już członkowie: prof. Dr. Popielski i prof. Dr. Rydygier ze Lwowa, zmarli przed I Walnem Zgromadzeniem Akademji.

Wybór dalszych członków nastąpi stosownie do statutu Akademji na najbliższem Walnem Zgromadzeniu.

Zarząd Akademji stanowią: prezes prof. Dr. Bądzyński, wiceprezes prof. Dr. Krzyształowicz i sekretarz generalny prof. Dr. Dzierzgowski. Zwołane przez ten Zarząd pierwsze Walne Zgromadzenie w Warszawie w dniu 28 grudnia 1920 r. poświęcone było sprawie uruchomienia Akademji, rozpoczęcia jej prac i wydawnictw. Na zgromadzeniu tem uchwalono więc regulaminy czynności Akademji i postanowiono jak najrychlej podjąć wydawnictwa (pod nazwą »Prac Akademji« w języku polskim i »Biuletynu« w językach obcych). Redaktorami wydawnictw zostali wybrani prof. Dr. Stanisław Ciechanowski z Krakowa i prof. Dr. Jan Mazurkiewicz z Warszawy. Szczegółowe warunki przedkładania Akademji prac naukowych określa poniższy regulamin.

Regulamin, dotyczący przedkładania prac Akademji nauk lekarskich.

§ 1. Akademji mogą być przedkładane prace oryginalne ze wszystkich dziedzin nauk lekarskich.

§ 2. Prace mają być składane do Sekretarjatu generalnego, gdzie otrzymują datę ich złożenia i numer kolejny, według którego są odczytywane na zebraniach Akademji, względnie zostają drukowane.

§ 3. Akademja ogłasza w swych wydawnictwach te wszystkie wniesione prace, które przyjęła na swych posiedzeniach.

§ 4. Prace mogą być składane Akademji w języku polskim lub w jednym z następujących języków: łacińskim, francuskim, włoskim, angielskim lub niemieckim; powinny być pisane czytelnie i po jednej stronie papieru.

§ 5. Akademja ogłasza składane jej prace albo w całości w języku polskim w swem wydawnictwie, rozprawach Akademji nauk lekarskich i w streszczeniu w swych biuletynach w jednym z 5 przyjętych obcych języków, albo odwrotnie, stosownie do woli autora.

§ 6. Równocześnie z pracami autorowie powinni dostarczać ich streszczeń w języku polskim, o ile praca ma być ogłoszona w języku obcym, lub też odwrotnie. Streszczenia prac większych nie powinny przewyższać objętością $1/4$ rozmiarów całej pracy, nie wliczając w to tablic i rysunków. W razie niemożliwości przedstawienia przez autora streszczenia w jednym z przyjętych języków obcych, Akademja zarządzi sama tłomaczenie w porozumieniu z autorem co do kosztu.

§ 7. Autorowie za prace ogłaszane w wydawnictwach Akademji na razie honorarjum nie otrzymują.

§ 8. Prace złożone Akademji powinny być w ciągu najwyżej trzech miesięcy rozpatrzone, a w ciągu następnych 2 miesięcy powinny być albo wydrukowane, o ile zostaną przez Akademję przyjęte do druku, albo powinny być zwrócone autorom.

§ 9. Prace, nieprzyjęte do druku, Akademja zwraca autorom bez motywów.

§ 10. Autorowie otrzymują bezpłatnie 50 odbitek z prac wydanych w wydawnictwach Akademji.

§ 11. Redakcji przysługuje prawo wprowadzać przy drukowaniu prac niezbędne poprawki językowe; korekty mogą być przesyłane autorom na ich żądanie, lecz ze ściśle określonym terminem zwrotu.

St. Bądzyński, prezes.
S. Dzierzgowski, sekretarz generalny.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska we Lwowie ogłasza, co następuje: (L. 894/20 z d. 16. XII. 1920). »Rozporządzenie Ministra sprawiedliwości wydane w porozumieniu z Ministrem skarbu z dnia 7 sierpnia 1920 w przedmiocie wynagrodzenia świadków, znawców i tłumaczów w postępowaniu karnem jest w treści swej dla znawców lekarzy samo przez się pod wielu względami w wysokim stopniu krzywdzące, ale nadto bywa ono jeszcze zbyt często przez sędziów źle zrozumiane i nieodpowiednio stosowane, zwłaszcza względem lekarzy, co daje powód do licznych i słusznych zażaleń, wnoszonych do lwowskiej Izby lekarskiej. Wydział Izby wobec niejasności, a często nawet sprzeczności różnych ustępów odnośnych ustaw i rozporządzeń uchwalił na posiedzeniu swem, odbytem wyłącznie w tej sprawie dnia 6 grudnia 1920, wydać lekarzom następujące wskazówki: Oprócz policzenia za pomniejsze czynności sądowo-lekarskie według taryfy z 20 marca 1901 z podwyżką 150%, przyznaną rozporządzeniem Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 17 lipca 1919 N. 58 poz. 353 (art. 15 rozp. z dnia 17 sierpnia 1920 Dz. pp. Nr. 75) lekarze mają żądać: 1) Zwrotu kosztów podróży i pobytu. 2) Zwrotu innych wydatków rzeczywiście poniesionych. 3) Odszkodowania za stratę czasu w myśl art. 11 odnośnego rozporządzenia, po 8 marek za każdą rozpoczętą godzinę do 80 marek za cały dzień, licząc czas, stracony od chwili opuszczenia mieszkania aż do powrotu do tegoż. 4) Wynagrodzenia za pracę z uwzględnieniem zużytego czasu i poniesionego trudu, przyczem należy kierować się indywidualnością przypadku i czynności specjalistycznej, przy tej pracy dokonanej, a w przypadkach trudnych do ocenienia należy się tem kierować, że za każdą rozpoczętą godzinę zajęcia należy się lekarzowi za jego trud i pracę najmniej 100, wyraźnie sto marek, niezależnie od policzonych 80 marek za każdą godzinę straconego czasu. W razie nieprzyznawania przez sądy należytości w ten sposób obliczonych, należy wnieść rekurs do Prezydjum apelacji za pośrednictwem Izby.

Prezydent: Izby Dr. Papée m. p.«

Zastosowanie się do wskazówek Izby lekarskiej lwowskiej może w pewnej mierze złagodzić krzywdę, jakiej doznają lekarze przy obecnym wymiarze wynagrodzeń za czynności sądowo-lekarskie, niemniej jednak jest rzeczą naglącą podjecie jak najenergiczniejszych kroków o zwiększenie tych wynagrodzeń do takiej wysokości, aby pełnienie obowiązków znawcy sądowego, od których pod rygorem kar uchylić się lekarze nie mogą, nie przynosiło im przynajmniej bezpośrednich strat materjalnych. Otrzymujemy mnóstwo listów od kolegów, domagających się słusznie niezwłocznej akcii wszelkiemi środkami, aby usunąć dzisiejsze w tym zakresie stosunki i nie wątpimy, że Izby lekarskie nasze gorąco tą sprawą się zajmą. Redakcja.

O organizację zawodową. Otrzymujemy coraz liczniejsze listy kolegów z różnych stron, przypominające konieczność organizacji, zwłaszcza wobec ustaw o ubezpieczeniu społecznem. Powszechnie skarżą się koledzy, że świeżo powstały »Związek lekarzy polskich« w Warszawie nietylko nie daje znaku życia, ale nawet nie odpowiada na zapytania w sprawie statutu. Wielu kolegów domaga się ogłaszania choćby krótkich sprawozdań z działalności Izb lekarskich, zwłaszcza krakowskiej, jako instytucji, w pierwszym rzędzie powołanych do obrony zawodu lekarskiego. Wśród nadesłanych nam uwag znajdują się też zestawienia postulatów będących na dobie, jak trafne artykuły kol. J. Bednarskiego z Alwerni, Bieleckiego z Rymanowa, Malika z Radymna i i. Nie mogąc niestety z powodów technicznych pomieścić tych artykułów w całości, postaramy się przynajmniej o najważniejszych z poruszonych w nich spraw przypominać publicznie w »Przeglądzie lekarskim«, co może dopomoże do popchnięcia ich z martwego punktu, na którym teraz stoją.

Ustawa o Izbach lekarskich i t. zw. »ordynacji« lekarskiej nie została jeszcze uchwalona przez Sejm w trzeciem czytaniu. Może więc uda się w niem uchylić ową »poprawkę« o nadaniu tytułu doktorów przez... Sejm, w drugiem czytaniu przyjętą. Poczyniono o to starania. Dopiero po uchwaleniu w trzeciem czytaniu i ogłoszeniu w Dzienniku ustaw będziemy mogli podać autentyczne wiadomości o ustawie. Przedtem nie możemy, gdyż kancelarja sejmowa na prośby o druki sejmowe nawet nie odpowiada, a posłowie lekarze nie uważają także za stosowne udzielać ich prasie lekarskiej. W tych warunkach ustaje wszelka wogóle możność publicznej dyskusji fachowej o sprawach zdrowia publicznego, niemożliwej także i Sejmie, liczącym zbyt niewielu znawców tych spraw.

Pokrzywdzenie lekarzy okręgowych w Małopolsce przechodzi wszelkie określenia. Lekarze ci do dziś pobierają płace

według norm z z. 1914! Nieodpowiednie są też ich diety epidemiczne i t. p. Izby lekarskie mają wdzięczne zadanie natychmiast sprawę tę wytoczyć przed Rządem i Sejmem. Lekarz okręgowy otrzymuje do dziś sto do dwustu koron płacy miesięcznej!!

W sprawie czasopism lekarskich. Na pytania niektórych kolegów, którzy nie znają początku i biegu sprawy, wyjaśniamy, że trzy czasopisma lekarskie: »Przegląd lekarski«, »Tygodnik lekarski« i »Gazeta lekarska«, musząc z powodu trudności wydawniczych zmniejszyć swą objętość i zamienić się na miesięczniki, zawarły układ tego rodzaju, iż każdy z członków Towarzystw lekarskich lwowskiego i krakowskiego oraz Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie otrzymuje wszystkie trzy pisma, opłacając w swem stowarzyszeniu wkładkę roczną 600 mp. Członkowie prowincjonalni »Polskiego Towarzystwa lekarzy b. Galicji« (dawnego »Tow. lek. galic.«) otrzymują tylko »Przegląd« i »Tygodnik«, bo pobierana tam obecnie wkładka jest za niska na opłacenie 3 pism; ale mogą otrzymać także »Gazetę lekarską«, dopłacając odpowiednią kwotę. — Sprawa przywrócenia tygodniowego wydawania »Przeglądu« była wielokrotnie dyskutowana w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem wraz ze sprawą zwiększenia objętości »Przeglądu«. Wobec dzisiejszych kosztów druku musiałaby jednak wtedy wkładka członka wynosić około 1000 mp. rocznie, przyczem otrzymywałby tylko jedno pismo, a pismo to byłoby i tak prawie o połowę mniejsze, niż »Przegląd lekarski« w latach 1905—1914.

Wyrok Sądu Najwyższego przeciw lekarzowi powołanemu do wojska. Lekarz Dr. B. w Krakowie zajmował od roku 1913 mieszkanie w domu, który w roku 1918 nabyła nowa właścicielka, rzeźniczka, pani K. Ta wypowiedziała mu mieszkanie dla własnych potrzeb. Dwie pierwsze instancje sądowe uchyliły to wypowiedzenie. Natomiast Sąd Najwyższy polecił Drowi B. natychmiast oddać mieszkanie nowej właścicielce domu, przyczem jednym z powodów wyroku było jego powołanie do wojska. Odnośne zdanie wyroku dosłownie brzmi: »który, jak sam zeznał, został obecnie powołany jako lekarz do wojska, zaczem mieszkanie przez niego zajmowane nie może już być dalej uważane za warsztat pracy« (C II 387/19/15). Dr. B. jest żonatym, ojcem dwojga dzieci, praktykuje przez lat 20 w Krakowie, a do wojska powołany został do osobistych świadczeń, oddawszy się dobrowolnie do dyspozycji DOG. w chwili, kiedy kraj był w niebezpieczeństwie.

Fakt podajemy bez komentarzy.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. Po dłuższej przerwie wyszedł Nr. 5 z d. 1. XII. 1920. Z rozporządzeń urzędowych zawiera on tylko rozporządzenia w sprawach aptekarskich, taks za badanie środków żywności, zgłaszania zatruć przemysłowych ołowiem i t. d. i obwieszczenie w sprawie zespolenia urzędów zdrowia z województwami i w sprawie praktyki prywatnej lekarzy wojskowych. Znajdujemy dalej w »Biuletynie« statut »P.-A. K. P. D.« (Polsko-amerykańskiego komitetu pomocy dzieciom), sprawozdanie z kolonji w Busku, rejestry osobowe (komitetu rozbudowy Krynicy i t. d.) i ważny wykaz ruchu chorób zakaźnych w Polsce od marca do września 1920. Byłoby niezmiernie pożądane, żeby »Biuletyn wychodził w regularnych odstępach czasu, conajmniej co miesiąc, i żeby podawał statystykę chorób zakaźnych jak najaktualniej.

Telefonom lekarskim nietylko nie przyznano żadnych ulg w opłatach abonamentowych, ale nawet przy zmianie mieszkania nie uwzględnia się, że telefon lekarski jest w przeważnej części urządzeniem użyteczności publicznej. Dr. Kuczewski (Zakopane) donosi nam, że za przeniesienie telefonu zażądano od niego 7450 mp., a gdy tej kwoty nie złożył, telefon mu zamknięto i zagrożono procesem sądowym.

W sprawie klinik chorób zakaźnych i katedr epidemiologji na wszechnicach.

Dr. Stefan Sterling-Okuniewski z Warszawy przedłożył w tej sprawie Sekcji szkolnictwa wyższego Ministerstwa oświecenia publ., Wydziałom lekarskim naszych wszechnic, Naczelnemu Komisarjatowi do walki z epidemjami, Ministerstwu zdrowia publ. i Akademji nauk lekarskich motywowany wniosek: »Na wszechnicach w Warszawie, Krakowie i Lwowie powinny być założone kliniki chorób zakaźnych, a w każdym Wydziale lekarskim powinna być utworzona katedra epidemiologji (w jak najszerszym zakresie, nietylko z bakterjologicznego, ale i z klinicznego stanowiska). Kurs epidemiologji oraz klinika chorób zakaźnych powinny być dla studentów obowiązkowe (klinika conajmniej przez dwa półrocza) i stanowić przedmiot obowiązkowy egzaminu dla uzyskania dyplomu lekarskiego«. Motywami głównemi wniosku jest wielkie rozpowszechnienie chorób zakaźnych w Polsce i konieczność ich zwalczenia, a niedostatek personalu, któryby był do tego teoretycznie i praktycznie dostatecznie przygotowany. O ileby kliniki chorób zakaźnych nie mogły być wkrótce utworzone, to należy, zdaniem wnioskodawcy, utworzyć natychmiast, od najbliższego półrocza, przynajmniej katedry epidemiologji.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, uznając sprawę tę za bardzo doniosłą, rozpatrywał szczegółowo wniosek Dr. Sterlinga-Okuniewskiego na ostatniem swem posiedzeniu. Sprawa ta nie może być jednak zdaniem Wydziału załatwiona tak szybko, jak sądzi wnioskodawca. Nasze Wydziały lekarskie nie mają dotąd należycie urządzonych nawet podstawowych klinik; bez poprzedniej pracy w takich, należycie urządzonych klinikach, nie dałoby samo uczęszczanie do kliniki zakaźnej studentom należytego wykształcenia. Budowa takiej kliniki, według nowoczesnych postulatów urządzonej, wymaga sum ogromnych. Sprawa więc klinik zakaźnych, jako katedr samodzielnych, przyjdzie na porządek dzienny dopiero po naprawie finansów państwa i należytem urządzeniu klinik podstawowych. Ale i wtenczas tworzenie dwu katedr: osobnej kliniki chorób zakaźnych i osobnej katedry epidemiologji, byłoby zbyteczne, dla celów bowiem dydaktycznych i dla względów praktycznych wystarczyłaby jedna katedra wspólna.

Nim to jednak nastąpi, w każdym Wydziale lekarskim powinny studja obejmować choroby zakaźne. Do tego należy zdaniem Wydziału lekarskiego krakowskiego zużytkować zakaźne oddziały szpitali, które są w każdem mieście uniwersyteckiem, polecając wykłady jednemu z profesorów lub docentów. Wykłady te i zajęcia praktyczne powinny być dla studentów obowiązkowe przez cały jeden rok szkolny po przebyciu już roku kliniki chorób wewnętrznych.

W Krakowie od lat już kilku Wydział lekarski zorganizował osobne wykłady chorób zakaźnych dla studentów IV roku studjów, a prowadzi je prof. Dr. Latkowski na materjale zakaźnym szpitala św. Łazarza, rozporządzając 100 łóżkami.

Wiadomości bieżące.

Stulecie Akademji lekarskiej paryskiej obchodzono w Paryżu uroczyście 20. grudnia 1920. Uroczyste posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem prezydenta Rzeczypospolitej Milleranda przy udziale delegatów instytucji lekarskich 30 państw. Polskę reprezentowali Dr Motz z Paryża i Dr Pawiński z Warszawy, który jest od szeregu lat członkiem Akademji paryskiej, a miał mandat od polskich korporacji lekarskich. Po przemówieniu prezydenta Akademji Laverana, złożyli życzenia i adresy delegaci 12 państw, wśród nich Polski, a podziękowanie składał im sekretarz Akademji Achard.

Z Towarzystw lekarskich. Do Zarządu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zostali na posiedzeniu w d. 15. XII. 1920 wybrani na r. 1921: prezesem prof. Dr Al. Rosner, wiceprezesem prym. Dr Kostrzewski, sekretarzem dorocznym Dr Szymanowicz, a na trzy lata (do końca roku 1923) sekretarzem stałym doc. Dr Zubrzycki, bibliotekarzem Dr Blassberg, — wszyscy ponownie. Redaktor »Przeglądu lekarskiego« i podskarbi komisji redakcyjnej pozostają na swym urzędzie do końca r. 1921, skarbnik Towarzystwa i gospodarz domu — do końca r. 1922. Do komisji kontrolującej zostali wybrani Dr T. Piotrowski i J. Landau (senior), do komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«: prof. Browicz, Blassberg, Dr Bujak, Glassner, prof. Majewski, Markowa, Kostrzewski, prof. Piltz, prof. Rutkowski, prof. Orłowski, doc. Walter, prof. Horoszkiewicz, przewodniczącym komisji słownikowej prof. Browicz, delegatami do Rady zawiadowczej Polskiego Towarzystwa b. Galicji prof. Ciechanowski i Horoszkiewicz, do komisji kontrolującej tegoż Towarzystwa prez. Schoengut-Strzemieński, delegatami na Walne Zgromadzenie tegoż Towarzystwa: Akerman, Berezowski, Ciechanowski, Damski, Janiszewski, Kostanecki, Kwaśnicki, Lang, Landau J. (senior), Schoengut-Strzemieński, Surzycki, zastępcami Służewski, Majewski, T. Piotrowski, Wachtel, Wojciechowski.

W Towarzystwie lekarskiem łódzkiem na posiedzeniu w dn. 5. XII. 1920 wybrano Zarząd następujący: prezes S. Sterling, wiceprezes J. Koliński; sekretarze: J. Michalski i F. Klozenberg; skarbnik: T. Mogilnicki; bibliotekarze: Z. Prechner

i Z. Golc; do komisji bibliotecznej: A. Mikulski, S. Skalski i F. Venulet. Wkładkę roczną podniesiono do 400 marek.

Polskie Towarzystwo lekarzy b. Galicji podniosło wkładkę dla swych członków na r. 1921 do 360 marek, z czego 60 marek dla funduszu wdów i sierot, reszta zaś na wydawnictwo czasopism Towarzystwa. Podnosząc wkładkę, kierowała się Rada zawiadowcza troską o los polskich wydawnictw lekarskich, oraz o los wdów i sierot po zmarłych kolegach, których liczba z roku na rok wzrasta. Przytem Rada zawiadowcza nosi się z myślą, by podnieść im w przyszłości pensje względnie zapomogi, do czego niezbędną jest rzeczą zwiększenie funduszów, na ten cel służących.

Związek lekarzy szpitali publicznych w Małopolsce zwołał swe Walne Zebranie na 23. I. 1921 do Krakowa. Oprócz spraw administracyjnych obejmował porządek dzienny: sprawozdanie komisji organizacyjnej (ref. Dr Bujalski), sprawę regulacji płac lekarzy szpitalnych (ref. Dr Żuławski) i sprawę szpitalnictwa w dotychczasowem ustawodawstwie (ref. Dr Bujalski).

Główny Komitet lekarski francusko-polski w Warszawie prosi, by dla ułatwienia prenumeraty czasopism francuskich tworzyły się po większych miastach podkomitety, zamawiające czasopisma zbiorowo. Pieniądze lepiej przesyłać w listach, niż przekazami, bo zdarzało się, że pieniądze przychodziły, a listy z zamówieniami ginęły. Kompletów pism z lat poprzednich, pojedynczych numerów i książek komitet nie dostarcza. Sprawy komitetu załatwia Dr A. Przyborowski (Warszawa, ul. Sewerynów 5).

Wydawnictwo »Gazety lekarskiej« donosi za naszem pośrednictwem wszystkim czytelnikom, że ostatnie zeszyty »Gazety« opóźniły się z powodu technicznych trudności drukarskich. W krótkim czasie trudności te będą usunięte i wszystkie zaległe zeszyty wyjdą z druku i zostaną czytelnikom rozesłane.

Z ruchu wydawniczego. Podręcznik Klemperera »Diagnostyka kliniczna« wyjdzie wkrótce w tłómaczeniu polskiem Dr Bronisława Handelsmana z Łodzi nakładem łódzkiej księgarni Ludwika Fiszera. — »Kalendarz lekarski« na r. 1922 zamierza wydać Spółka p. f. Drobner w Krakowie, która ma wkrótce rozszerzyć swą działalność przez otwarcie księgarni lekarsko-przyrodniczej.

Z literatury zagranicznej. Październikowy numer miesięcznika p. t. »La Médecine scolaire«, w znacznej części poświęcony sprawom higieny szkolnej w Polsce, zawiera artykuł Dr St. Kopczyńskiego, naczelnika wydziału higieny szkolnej w Ministerstwie oświecenia p. t. »L'hygiène scolaire en Pologne«, i streszczenie artykułów, ogłoszonych drukiem w miesięczniku p. t. »Wychowanie fizyczne«, wydawanym w Poznaniu przez prof. Dr Eug. Piaseckiego. W przypisku redakcja »La Médecine scolaire« z wszelkiem uznaniem podnosi usiłowania społeczeństwa i rządu polskiego, zmierzające do podniesienia sprawy higieny szkolnej wogóle, a w szczególności do poprawy zdrowia młodzieży polskiej i poważne wyniki, jakie do tej pory osiągnięto.

Kursa na kandydatów na lekarzy szkolnych staraniem Rady szkolnej krajowej odbędą się w Krakowie w najbliższym czasie, o ile zgłosi się dostateczna liczba odpowiednich kandydatów. Zgłoszenia przyjmuje prof. Dr Ciechanowski (Kraków 9, Płuczki 28).

Kursa dopełniające dla lekarzy w Wiedniu odbędą się 7. do 19. lutego 1921. Zgłoszenia przyjmuje Redakcja »Wiener mediz. Wochenschrift« Wien IX. Porzellangasse 22. Wpisowe dla Austrjaków, Węgrów i Polaków 200 kor. (dla obywateli innych krajów 500—1000 kor.). Wykładający zrzekli się honorarjów. Następne kursa odbędą się w czerwcu, we wrześniu i w grudniu 1921.

Poradnia przeciwgruźlicza w Zakopanem, utrzymywana przez Czerwony krzyż, wznowiła swą czynność. Lekarzem poradni jest Dr A. Kuczewski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 31. XII. wśród ludności cywilnej: płonica 45 † 7, błonica 11 † 4, dur brzuszny 78 † 10, czerwonka 3 † 3, dur plamisty 18 † 5, ospa 2 † 2, dur powrotny 3; wśród wojska z początkiem grudnia pojawiły się przypadki duru powrotnego i plamistego, natomiast duru brzusznego bardzo mało. Od 1. do 8. I. wśród ludności cywilnej: płonica 13 † 1, błonica 1, dur brzuszny 17, plamisty 7 † 1, czerwonka 1 † 1, ospa 1, śpiączka nagminna † 1; wśród wojska przypadki durów nieliczne.

Zmarli:

Dr Józef Jaworski,

szef Sekcji Ministerstwa zdrowia publicznego, w 61. r. ż. w Warszawie, gdzie w świecie lekarskim zajął wybitne stanowisko przez niezmużoną a bardzo ruchliwą pracę piśmienniczą, naukową, redaktorską i społeczną. Publikacje jego naukowe dotyczyły prawie wyłącznie ginekologji i położnictwa, z których to przedmiotów habilitował się przed 3 laty na Wydziale lekarskim krakowskim. Był redaktorem »Medycyny«, a później przez szereg lat »Zdrowia«, w którem pomieścił liczne artykuły z zakresu higieny, zwłaszcza społecznej. Bardzo czynnie zajmował się sprawami zdrojownictwa. W r. 1906 założył polski komitet badania i zwalczania raka.

Prof. Dr Józef Szpilman,

były rektor Akademji weterynaryjnej we Lwowie, docent Wydziału lekarskiego, redaktor »Przeglądu weterynaryjnego« i »Przeglądu higienicznego«, bardzo zasłużony działacz społeczny w 66 r. ż.

Dr Stanisław Hodbod, lekarz W. P., w 34 r. ż.; Dr Tomasz Mączka w Krakowie; Dr Mikołaj Buzdygan, wybitny internista i filantrop w 69 r. ż. w Krakowie; kap. lek. Dr Tadeusz Karaś w 39 r. ż. w Starym Sączu; Dr Herman Schein, długoletni lekarz miejski, niegdyś pierwszy lekarz leczący w Zakopanem, w 75 r. ż. w Nowym Sączu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Lekarz wojskowy* Nr 30—52: Kummant: Brak wrodzony mięśnia piersiowego i jego powstanie. — Danecki: Dwa przypadki pierwotnych złośliwych nowotworów płuc. — Wretowski; W sprawie konserwatywnego leczenia ropnych zapaleń płuc i opłucnej. — Poliwka: Ostateczne uproszczenie wstrzykiwań śródżylnych salwarsanu i neosalwarsanu. — Szmurło: W sprawie operacyjnego leczenia urazów wątroby. — Grzywo-Dąbrowski: W sprawie wczesnego rozpoznawania duru plamistego. — Rudolf: Śmiertelność w durze plamistym w szpitalu polowym 303. — Slęk: Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięcia nawykowego stawu barkowego. — Wachtel: Zarys postępów rentgenologji. — Sabat: O rentgenowskiem badaniu głowy w przypadkach padaczki. — Janusz: Choroby nagminne wśród wygnańców w Moskwie. — Ś. p. Gliński: W sprawie potrzeby i znaczenia anatomji patologicznej dla wojska wraz z uwagami o prosekturach wojennych. — Komocki: O sposobach sporządzania rozczynów potrzebnych do barwienia krwi. — Milgrom: Parę uwag o durze osutkowym. — Składkowski: Wstęp do wykładów taktyki sanitarnej. — Melanowski: Oko zapadłe. — Rozwadowski: Kilka uwag o błędach statystyki. — Zembrzuski: Powstawanie i profilaktyka odmrożeń w wojsku. — Radziwiłłowicz: Powstawanie wspomnień w przebiegu splątania. — K. Dziembowski: Badanie i liczenie krwinek białych jako czynnik rozpoznawczy w chorobach zakaźnych. — Motyka: W sprawie wczesnego rozpoznawania tyfusu osutkowego. — Higier: Stany chorobowe kości, jako choroby endemiczne (awitaminozy). — D. B. Kryński: O leczniczem działaniu lampy kwarcowej. — Węglowski: O przeszczepianiu naczyń krwionośnych w rozległych urazach. — Mund-Mierzecki: O potrzebie szpitalnictwa wenerycznego i walki z chorobami wenerycznemi na froncie w czasie wojny i demobilizacji. — W. Janowski: Kilka uwag w sprawie etjologji dysenterji. — Janusz: Przyczynek do leczenia na wojnie kończyn odmrożonych.

1921. Nr 1.: Radliński: Kikut a proteza. — Reis: O wymiarach rogówek zwierzęcych i ich znaczeniu dla patogenezy rogówki olbrzymiej u człowieka.

Zdrowie, 1920. zesz. 3. (sierpień): Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości. — Polak: Szkice z podróży w sprawach zdrowia.

Zagadnienia rasy 1920. Nr 9.: Nowodworski: Ochrona prawna małżeństwa. — Rygier-Cękalska: Samoobrona społeczeństwa w walce z nierządem. — Steinborn: Wnioski w sprawie zwalczania chorób płciowych. — St. Kramsztyk: Drogi i widoki walki z ograniczeniem potomstwa.

Redakcja otrzymała: Chełmoński: O gruźlicy podczas wojny i walce z tą klęską. (Odb. z »Lekarza wojsk.«). — A. Nawratil: W sprawie wyrobu zapałek. (Odb. z »Czasop. techn.« 1920). — Szumowski: Le service de santé publique en Pologne. (Odb. Presse méd. 1920). — Rose: Lokalizacja histologiczna przedmóżdża krokodyli. (Akad. Umiej. 1920). — Reis: Sur la mégalocornée. (Arch. d'opht. 1920).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS

na posadę lekarza (lub lekarki) miejskiego i okręgowego w porozumieniu z Wydziałem powiatowym rozpisuje miasto Kołaczyce.

Do tej posady przyczynia się miasto mieszkaniem składającem się z 5 pokoi z przynależnościami oraz płacą według umowy.

Bliższych informacyj udzieli Urząd miejski lub Apteka z grzeczności. Termin do 1. grudnia 1920 r.

Urząd miejski.

176 Burmistrz:

Zemulski.

Treść:

Wojewoda Lubelski. Lublin, d. 5. stycznia 1921 r.
Wojewódzki Urząd Zdrowia.
Nr 6034 (WUZ) 1921 r.

KONKURS.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Lublinie ogłasza konkurs na posadę **lekarza sądowego** w m. Lublinie do której przywiązane są pobory urzędnika państwowego VI-go stopnia służbowego.

Stanowisko lekarza sądowego objąć może jedynie obywatel Państwa Polskiego, posiadający dyplom lekarski jednego z Uniwersytetów krajowych lub dyplom zagraniczny w Państwie Polskiem nostryfikowany.

Wymagana jest znajomość teoretyczna i praktyczna medycyny sądowej. W braku kandydatów, wymaganiu temu odpowiadających, przewiduje się możliwość wysłania kandydata na studja specjalne w zakresie medycyny sądowej.

Przed dniem 15. lutego 1921 r. kandydaci złożyć winni w Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia w Lublinie (ulica Kapucyńska Nr 1) podanie, opłacone stemplem w ilości 10 marek i po 2 marki od każdego załącznika, oraz dokumenty następujące:

1) metrykę urodzenia,
2) dowód nieograniczonego posiadania praw obywatelskich oraz zawodowych,
3) dyplom lekarski lub jego uwierzytelniony odpis.
4) krótkie curriculum vitae, zwłaszcza z uwzględnieniem pracy zawodowej,
5) świadectwo z odbycia studjów specjalnych w zakresie medycyny sądowej lub zobowiązanie do odbycia tych studjów w miejscu i czasie przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego wskazanych.

Za Wojewodę:
Dr Andrzej Krysiński.
Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

177

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona
Nr 2. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Redakcja: Kraków 9, Pluczki 28 Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w I szpalcie Mkp. 10·—, w nadesłanem Mkp. 12·—, w tekscie Mkp. 14·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kilka luźnych spostrzeżeń i uwag z zakresu symptomatologji śpiączki pląsawiczej nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica).

Podał

Jan Piltz.

(Odczyt wygłoszony 16. października 1920 w Towarzystwie neurologów i psychjatrów krakowskich, a 24 listopada 1920 w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

Z Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

W Krakowie przypadki śpiączki nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica) zaczęły się pojawiać w większej liczbie dopiero z końcem zeszłego i na początku bieżącego roku.

Spostrzeżenia swoje, zebrane na podstawie pierwszych 30 przypadków leczonych w klinice i w klinicznym neurologicznym oddziale wojskowym, istniejącym przy klinice, podał Sz. Panom asystent kliniki, Dr. Eugeniusz Artwiński, w odczycie swym w dniu 24 marca b. r.[1]).

Dziś pragnąłbym: 1) przedstawić kilka przypadków, znajdujących się obecnie jeszcze na klinice, 2) podzielić się z Panami niektóremi spostrzeżeniami z zakresu symptomatologji tej choroby, poczynionemi wspólnie z asystentami kliniki na dotychczasowym materjale kliniki, i 3) przytoczyć kilka uwag, jakie nam się podczas badania i obserwacji tych chorych nasunęły.

Podkreślić muszę odrazu na wstępie, że świeżych przypadków już oddawna nie widujemy. Wszyscy chorzy, którzy się jednak wciąż jeszcze zgłaszają, przeszli ostry okres tej choroby w pierwszych miesiącach roku bieżącego, tak że dziś znajdują się w okresie, który Pierre Marie nazywa postencefalitycznym.

W obecnym obrazie klinicznym tych chorych wysuwają się na pierwszy plan 2 następujące zespoły objawów: 1) zespół objawów Parkinsonowskich, 2) zespół objawów podniecenia ruchowego, syndrome excito-moteur Mariego[2]). Po trzecie pragnę zwrócić uwagę na miesiącami całemi trwającą bezsenność, a właściwie odwrócenie kolejności następowania po sobie stanów czuwania i snu: a mianowicie, że chorzy ci w dzień śpią, a w nocy nie śpią i są niespokojni.

Od stycznia 1920 r. obserwowałem 86 przypadków encephalitis choreiformis et lethargica.

Usposobienia wrodzonego lub nabytego do tej choroby nie stwierdziłem.

Bezpośredniego związku pomiędzy encephalitis choreiformis et lethargica a panującą zwykle równocześnie grypą w żadnym przypadku wykryć mi się nie udało. Zdaje się przecież, że encephalitis choreiformis et lethargica jest cierpieniem samoistnem.

Encephalitis choreiformis et lethargica zaczyna się nieraz dreszczami, prawie zawsze podniesieniem ciepłoty, najczęściej nie przekraczającej 38° R., wyjątkowo tylko dochodzącej do 39° lub 40°, bezsennością, bólami, podobnemi do neuralgicznych, głowy, karku, tułowia lub kończyn, uczuciem ogólnego niedomagania, niepokojem ruchowym i zaburzeniami psychicznemi.

Po wstępnym okresie bezsenności i podniecenia, trwającym od kilku do kilkunastu dni, następuje zwykle okres śpiączki, trwającej od kilku dni do kilku tygodni, po którym znów przychodzi bezsenność, trwająca nieraz kilka miesięcy.

Już od samego początku choroby, oprócz objawów wyżej wymienionych, często spotykamy jeszcze: zaczerwienienie spojówek i błon śluzowych nosa i gardła, wzmożenie wydzielania śliny, a równocześnie ciągłe siąkanie nosem, cmokanie ustami, chrząkanie i plucie. W okolicy nosa i kącików ust widzimy wówczas zwykle opryszczki (herpes labialis et nasalis) i nadżerki naskórka.

[1]) Dr E. Artwiński. Przegląd lekarski Nr. 4. 1920.

[2]) Pierre Marie, et Mlle Gabrielle Lévy: Le syndrome excitomoteur de l'encephalite épidémique. Révue neurologique Nr. 6. 1920.

W obrazie klinicznym tej choroby uderza nas w początkowych okresach nadzwyczajne bogactwo i różnorodność objawów — w zależności od zajęcia najrozmaitszych części układu nerwowego, w dalszych fazach — to, że tylko pewna grupa objawów, u różnych chorych różna, utrzymuje się przez cały szereg tygodni lub miesięcy, a wreszcie, że nasilenie objawów często ulega pewnym wahaniom.

Zdarza się jednak i tak, że pewien ściśle określony typ objawów ruchowych lub pewne określone stałe ustawienie kończyn i tułowia zaznacza się już od samego początku choroby i utrzymuje się potem bez większych zmian przez cały szereg miesięcy.

Wszystkie objawy, spotykane w tej chorobie, dadzą się podzielić na dwie kategorje, a mianowicie na objawy podrażnienia i porażenia.

Do objawów wielce znamiennych dla tej choroby zaliczyć należy: w pierwszych okresach choroby niepokój i podniecenie psychoruchowe, w późniejszych ogólne unieruchomienie całego ciała — jeżeli się tak wyrazić wolno — zastygnięcie całej sfery ruchowej, przypominające chorobę Parkinsona, jak to widać na ryc. I, na tle którego to ogólnego unieruchomienia pewien specjalny objaw podniecenia ruchowego utrzymuje się nieraz cały szereg miesięcy.



Ryc. I.

Unieruchomienie całego ciała jakby zastygnięcie całej sfery ruchowej, przypominające chorobę Parkinsona — w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica epidemica u chorego W. Przypadek IV.

Z początku chorzy znajdują się zwykle w ciągłym ruchu, nie mogą usiedzieć na miejscu, wykonują cały szereg rozmaitych nagłych i mimowolnych ruchów głową, rękami, nogami, tułowiem, zgrzytają zębami lub, jak to już podniosłem wyżej, cmokają ustami, siąkają nosem, chrząkają lub co chwila plują. Z drugiej strony widzimy nieraz skurcze w poszczególnych mięśniach lub tylko w pewnych odcinkach mięśni, albo tylko pęczkowe (fascykularne) lub włókienkowe drgania w mięśniach twarzy, żwaczach, w mięśniach kończyn, brzucha (»danse du ventre« autorów) lub przepony, powodujące nieraz czkawkę.

Z moich spostrzeżeń wynika, że w większości przypadków objawy ruchowe występują w jednej połowie ciała zwykle silniej, niż w drugiej, albo ograniczają się tylko do jednej połowy ciała i to — na co pragnąłbym zwrócić szczególniejszą uwagę — do strony prawej.

Co do rodzaju tych hyperkinetycznych objawów pragnę podnieść, że są to często dość szybko powtarzające się rytmiczne i wahadłowe zginania i rozginania, przywiedzenia i odwiedzenia w stawie nadgarstkowym, zginania i rozginania w łokciu, przywiedzenia i odwiedzenia ramienia, albo są to ruchy bardzo złożone całą kończyną lub całem ciałem, przypominające ruchy celowe. I tak u chorego B. (przypadek I) spostrzegaliśmy przez cały szereg miesięcy ruch prawą ręką, podobny do tego, jaki wykonywamy przy strzepywaniu kurzu z marynarki. U chorej K. M. (przypadek VIII) obserwowaliśmy przez kilka tygodni ruch prawej górnej kończyny, polegający na tem, że co pewien czas, z początku co kilka minut, później rzadziej, ręka prawa tej chorej unosiła się ponad głowę do pozycji pionowej. Chora była tem bardzo zażenowana i ażeby temu mimowolnemu ruchowi prawej ręki zapobiec, musiała ją lewą ręką silnie przyciskać do tułowia. Chory E. G. (przypadek VII) uderzał się co chwila pięścią prawej ręki w plecy, jak to widać na rycinie 2. Chory L. adwokat z X., wykonywał co parę minut ruchy — i to również prawą ręką — takie, jakie się wykonywa przy szermierce floretami. Wychodząc z kliniki na spacer, chory, dla odwrócenia uwagi przechodniów od swego stanu chorobowego, w ręce chorej nosił laskę i laską tą mimowoli wymachiwał co chwila w powietrzu, tak jakby się nią bawił. Ruchy te utrzymywały się u niego przez cały szereg miesięcy.



Ryc. 2.
Złożony mimowolny ruch górną kończyną prawą, przypominający uderzanie się ręką po plecach, w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica u chorego E. G. Przypadek VII.

U 5-letniego E. M. (przypadek VI) asystentka kliniki, Dr Aurelja Sikorska, spostrzegła bardzo charakterystyczne ruchy tułowia, przypominające zupełnie skręty wężowe. Takie falowania tułowia powtarzały się u tego chorego przez kilka miesięcy.

Chory S. przez cały szereg miesięcy wykonywał prawą ręką ruch podobny do wojskowego ukłonu albo obydwiema rękami uderzał się w piersi, a następnie wyrzucał obie ręce w bok, przyczem przy pierwszym ruchu unosił się na palcach w górę, a przy drugim cofał prawą nogę w tył i zniżał się cały, tak jak to czynią pensjonarki przy kłanianiu się.

Rytmiczne drżenie dłoni, przedramienia lub całej ręki, nieraz i dolnej kończyny tej samej lub przeciwnej strony o najrozmaitszem wychyleniu spostrzegaliśmy również u bardzo wielu naszych chorych. Ruchy w palcach dotyczyły nieraz tylko poszczególnych palców, czasami jednak obejmowały wszystkie palce jednej ręki i przypominały drżenie przy drżączce poraźnej.

Przy większem nasileniu tych bardziej złożonych mimowolnych ruchów spostrzegaliśmy nieraz wprost objawy jaktacji i hyperbalizmu — w postaci silnego uderzania ręką o klatkę piersiową o brzuch, o drugą rękę lub głowę, które wywoływały nieraz uszkodzenia skóry. Uderzenia te przypominają zewnętrznie stereotypowe ruchy, spostrzegane nieraz w daleko posuniętych przypadkach katatonji.

W dolnych kończynach, częściej niż drżenia i ruchy, spostrzegaliśmy stałe toniczne wzmożenie napięcia mięśniowego, wiodące do nadmiernego wyprostowania kończyny w stawie biodrowym i kolanowym a nawet do stopy końskoszpotawej. W niektórych przypadkach takie toniczne wzmożenie napięcia mięśniowego utrzymywało się przez cały szereg miesięcy w całem ciele. W jednym naszym przypadku napięcie mięśni kręgosłupa było tak silne, że chora H. (przypadek V) znajdowała się formalnie w stanie tężca tylnego (opisthotonus) i wskutek silnego kurczowego wygięcia kręgosłupa ku przodowi, lędźwiową częścią grzbietu nie dotykała do posłania, jak to widać na rycinie 3.



Ryc. 3.
Encephalitis choreiformis et lethargica. Silne napięcie mięśni kręgosłupa, powodujące stałe kurczowe wygięcie kręgosłupa lędźwiowego ku przodowi, rodzaj tężca tylnego. Przypadek V.

W kilku przypadkach zrobiłem spostrzeżenie, że wzmożenie napięcia mięśniowego w tułowiu i w bliższych tułowia odcinkach kończyn wraz z upośledzeniem ruchów czynnych w dużych stawach były silniej zaznaczone, niż w obwodowych częściach kończyn. W tych przypadkach n. p. ruchy palców i dłoni były znacznie mniej upośledzone, niż ruchy w stawie barkowym. O podobnych spostrzeżeniach wspomina również Pierre Marie w jednym z ostatnich numerów »Révue neurologique« (1920 Nr. 6).

W jednym przypadku Dr A. Sikorska spostrzegała jednak większą sztywność i większe upośledzenie ruchów czynnych w stawie łokciowym, niż w stawach barkowym i nadgarstkowym.

Objawy wzmożonego napięcia mięśniowego w mięśniach żwaczach lub karku wiodły do szczękościsku, nieraz bardzo znacznego stopnia, lub do sztywności karku.

Bardzo ciekawy objaw spostrzegałem wspólnie z asystentem kliniki, Dr K. Beaurainem, u wyżej wspomnianej H., a mianowicie mimowolny śmiech ze spazmatycznym skurczem w obrębie obydwóch nerwów twarzowych: O ile chora leżała zupełnie spokojnie i nie zwracało się na nią uwagi, istniało u niej tylko nieznaczne stałe napięcie w mięśniach twarzy, tak że czoło było tylko nieznacznie zmarszczone poprzecznie i podłużnie, oczy z lekka przymrużone, fałdy nosowo-wargowe lekko zarysowane; ile razy jednak zwrócono się do chorej z jakiemś zapytaniem lub tylko skierowano na nią wzrok, wszystkie mięśnie twarzy popadały natychmiast powoli i stopniowo w coraz to silniejszy spazmatyczny skurcz taki, jaki w prawidłowych warunkach widzimy tylko przy wysilonym serdecznym śmiechu, przyczem górne powieki spazmatycznie opuszczały się na dół, szpary powiekowe stawały się bardzo wąskie, część skóry twarzy wraz z podskórnemi warstwami, znajdująca się pomiędzy górną wargą a nosem, oczywiście wskutek bardzo silnego skurczu mięśnia okrężnego ust tak silnie przylegała do górnej szczęki, że skóra w tem miejscu stawała się zupełnie biała i błyszcząca. To samo widać było i na podbródku, gdzie oprócz tego skóra była pomarszczona. W takim stanie — w tym zastygłym uśmiechu — pozostawała chora tak długo, jak długo się na nią patrzało lub wogóle zwracało uwagę. Stan ten ustępował potem tylko powoli. Objaw ten ilustruje dobrze rycina 4. Na zapytanie, dlaczego się śmieje, odpo-



Ryc. 4.
Przypadek mimowolnego spazmatycznego skurczu w zakresie obydwóch nerwów twarzowych bez uczucia śmiechu, a więc rozszczepienie fizjologicznych i psychicznych składników śmiechu w przebiegu encephalitis choreiformis u chorej H. Przypadek V.

wiadała chora, że się nie śmieje, że to tylko twarz jej sama się tak kurczy. Mamy więc w tym przypadku bardzo interesujący, dotychczas nie opisywany przypadek rozszczepienia fizjologicznych i psychicznych objawów śmiechu: kurcz mięśni twarzy jak przy śmiechu bez składnika uczuciowego wesołości. Podobny stan spazmatyczny odruchowego mimowolnego śmiechu u drugiego chorego ilustruje rycina 5.

W jednym przypadku, a mianowicie u chorego M. O., spostrzegłem wspólnie z asystentem kliniki, Dr Stefanem Pieńkowskim, bardzo ciekawy objaw odruchowego mimowolnego spazmatycznego płaczu. Przy nawiązywaniu kontaktu z tym chorym lub nawet tylko przy zwróceniu uwagi na tego chorego, występował u niego odruchowo i mimowoli cały zespół objawów płaczu, a mianowicie: silne zaczerwienienie twarzy, obfite gromadzenie się łez w oczach, spływanie ich po policzkach i spazmatyczny skurcz mięśni policzków, dookoła ust i podbródka, taki jaki zwykle widzimy przy płaczu. Stan ten, jakkolwiek niezupełnie dobrze, odtwarza rycina 6. Chory, zapytywany dlaczego płacze, odpowiadał nam jednak, że bynajmniej nie miał zamiaru płakać i wcale nie płacze. W tym przypadku mieliśmy więc do czy-



Ryc. 5.
Mimowolny odruchowy spazmatyczny śmiech w przebiegu encephalitis lethargica epidemica u chorego K. Przypadek I.



Ryc. 6.
Przypadek odruchowego mimowolnego spazmatycznego płaczu, lecz bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji lub niezadowolenia, a więc rozszczepienie fizjologicznych i psychicznych objawów płaczu, w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica u chorego M. O. Przypadek III.

nienia z odruchowym, mimowolnym spazmatycznym płaczem, jednak bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji lub niezadowolenia. Jest to niewątpliwie ciekawy, dotąd również jeszcze przy encephalitis epidemica nie opisywany przypadek dyssocjacji fizyologicznych i psychicznych objawów płaczu.

Co do związku, jaki istnieje pomiędzy drżeniem, spotykanem przy encephalitis choreiformis et lethargica, temi myotonicznemi i myoklonicznemi ruchami, podobnemi do ruchów pląsawicy, nieraz jednak bardzo skomplikowanemi i przypominającemi nieraz najbardziej złożone ruchy zamiarowe — a psychiką chorych, pragnąłbym podnieść to, na co już w swej pracy zwrócił uwagę Dr. Artwiński, że przy nawiązywaniu kontaktu z chorymi i przy zwracaniu ich uwagi na te ich objawy hyperkinezji, objawy te zwykle wzmagają się, zaś przy zamierzonych ruchach lub odwracaniu uwagi chorych, zmniejszają się lub nawet chwilowo zupełnie ustępują. Odwrotnie natomiast ma się rzecz z objawami zahamowania. Chory, znajdujący się w stanie głębokiego zahamowania, przypominającego chorobę Parkinsona, skarży się nieraz, że nie potrafi wykonać ruchu n. p. rąk unieść do góry, a tymczasem na kilkakrotnie powtórzony rozkaz wykonywa dany ruch całkowicie.

Wracając jeszcze raz do początkowego ostrego stanu podniecenia, podkreślić pragnę jeszcze i to, co zresztą i inni autorzy opisują, że w niektórych przypadkach występuje silne podniecenie psychoruchowe, przypominający stan maniakalnego podniecenia z euforją, gonitwą myśli, złudzeniami i omamami wzroku i czucia dotykowego, dezorjentacją i zamroczeniem, a więc stan t. zw. zawodowego obłędu (delirium), jaki widzimy w obłędzie opilczym (delirium tremens) albo zakaźnym (delirium infectiosum).

Podobne stany spostrzegałem u moich chorych nieraz tylko w chwili zasypiania, t. zn. w późnie albo podczas snu, gdy tymczasem na jawie chorzy ci byli zupełnie spokojni i przytomni i nawet żadnych zrywań w mięśniach nie okazywali.

Jeden z naszych chorych, obserwowany wspólnie z Dr Artwińskim, handlarz bydła, przez sen żywo gestykulował, głośno mówił, krzyczał na trzodę, jak gdyby ją zapędzał do chlewu, odpędzał psa lub brał czynny udział w targu.

Wszystkie wyżej opisane objawy zaliczyć trzeba do grupy objawów podrażnienia. W bardzo wielu przypadkach jednak na pierwszy plan występują objawy porażne albo — ogólniej mówiąc — stałe lub przemijające stany ogólnego albo częściowego zahamowania ruchowego. Stany takie charakteryzują się, jeżeli się tak wyrazić można, zastygnięciem całej sfery ruchowej. Chorzy tacy mają twarz maskowatą, jak z wosku, siedzą lub stoją z otwartemi oczami, zupełnie bez ruchu, nawet mruganie powiek jest zniesione, tak, iż sprawiają wrażenie posągów i w zupełności przypominają chorych, cierpiących na chorobę Parkinsona, na co zwrócił uwagę Pierre Marie. Samorzutnie tacy chorzy najczęściej nic nie mówią, zapytani zaś, odpowiadają rozsądnie, lecz powoli. Oprócz tego ogólnego zahamowania objawiają oni jednak wyraźną apatję, wbrew temu, co widzimy w chorobie Parkinsona, w której chorzy są psychicznie bardzo żywi i gdzie wyraz ich oczów świadczy o żywem zainteresowaniu się otoczeniem. Chorzy na encephalitis choreiformis et lethargica natomiast są na ogół apatyczni.

Głębokie stany ogólnego zwolnienia biegu myśli i apatji wiodą do śpiączki, od której pochodzi nazwa choroby.

Bardzo często się zdarza, szczególnie w późniejszych okresach choroby, że chorzy w dzień znajdują się w stanie śpiączki, a w nocy są bezsenni i podnieceni. Dzieci n. p. przez cały dzień śpią, a w nocy bawią się kołdrą, zabawkami, bucikami, swojemi własnemi i swego rodzeństwa, lub bez przestanku wciąż się w łóżku kręcą i rzucają, śpiewają lub pogwizdują sobie. Wygląda to wprost tak, jak gdyby, przy zachowanej rytmice kolejnego następowania po sobie stanów czuwania i snu, życie chorego przesunięte zostało o pół doby i jak gdyby stosunek stanu czuwania do ciemności i spokoju, jakie zwykle panują w przyrodzie w nocy, i stosunek stanu sennego do światła i zgiełku, panującego we dnie, był w śpiączce nagminnej (encephalitis choreiformis et lethargica) odwrotny, niż ten, jaki zachodzi o osób, nie dotkniętych tą chorobą. Objaw ten przy encephalitis choreiformis et lethargica jest tak uderzający, że jeden z asystentów, żartując, rzucił takie zapytanie: Coby też było, gdyby naszych chorych, śpiących we dnie a czuwających w nocy, przewieść na drugą półkulę ziemi, n. p. do Ameryki? Ten zmieniony typ perjodyczności zależy najprawdopodobniej od biologicznych właściwości nieznanego dotychchczas zarazka choroby.

W stanach głębokiej śpiączki chorzy śpią i we dnie i w nocy prawie bez przerwy, budzą się tylko, lub muszą być budzeni, do jedzenia i załatwiania fizjologicznych potrzeb. Czasem nawet tylko z trudnością udaje nam się takich chorych zupełnie rozbudzić. Wówczas z początku są oni zwykle nieco zamroczeni i dopiero po dłuższej rozmowie odzyskują zupełną przytomność. Pozostawieni w spokoju, za chwilę znów popadają w śpiączkę. W bardzo głębokim stanie śpiączki wogóle nie udaje nam się chorego rozbudzić i taki chory musi być sztucznie karmiony zgłębnikiem przez nos, szczególnie jeżeli (obok ogólnego zesztywnienia) istnieje szczękościsk.

Czasami już na samym początku choroby, częściej jednak dopiero w końcu pierwszej fazy choroby, to znaczy jeszcze w okresie ogólnego podrażnienia układu nerwowego, zaczynają występować różne stałe lub zmienne objawy porażenia, albo, ściślej mówiąc, stany stałego lub przemijającego zahamowania różnych czynności fizjologicznych.

Do klasycznych poraźnych objawów tej choroby należą niewątpliwie przedewszystkiem objawy oczne, a mianowicie jednostronne lub obustronne opadnięcie powieki, którego nasilenie podobnie jak w myastenji nieraz z dnia na dzień się zmienia, zmienne porażenie poszczególnych mięśni ocznych, wiodące do przemijającego zeza i podwójnego widzenia, które również nieraz z dnia na dzień się zmienia, t. zn., że jednego dnia taki chory przez cały dzień skarży się na podwójne widzenie, a następnego dnia widzi zupełnie prawidłowo, co się nieraz przez parę tygodni powtarza, jak to spostrzegała u jednej chorej Dr A. Sikorska. Ze strony źrenic widzimy nieraz rozszerzenie, stałą lub zmienną nierówność, zniekształcenie konturów, osłabienie lub zniesienie oddziaływania na światło albo upośledzenie oddziaływania źrenic przy akomodacji i samej akomodacji, co, zdaje się, jest najczęstszą przyczyną zaburzeń wzroku, spotykanych w tej chorobie. W trzech przypadkach wreszcie spostrzegałem oprócz tego robaczkowe ruchy tęczówki, sprawiające, że zniekształcenie konturów źrenic ulegało ciągłym zmianom, jak to widać na ryc. 7.



Rycina 7.

Robaczkowate ruchy oddzielnych odcinków tęczówki, wiodące do ciągłej zmiany i zniekształcenia konturów źrenic, spostrzegane w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica. Powyższe różne kształty przybierała źrenica w przeciągu kilkudziesięciu sekund.

Takie robaczkowate ruchy tęczówki są najprawdopodobniej wyrazem asynergji w unerwieniu oddzielnych odcinków tęczówki. Objaw ten, dotychczas przy encephalitis choreiformis et lethargica, o ile mi wiadomo, jeszcze przez nikogo nie opisywany, spostrzegałem w trzech przypadkach tej choroby. Przed kilku laty spostrzegałem go u dziecka, chorego na gruźlicze zapalenie opon, a w roku 1902 u noworodka, u którego po kleszczowym porodzie wystąpiło porażenie ruchów jednej gałki ocznej i nerwu twarzowego po tej samej stronie[1]).

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego jednostronne lub obustronne, porażenie połowicze z nieznacznem wzmożeniem odruchów ścięgnowych, osłabieniem lub zniesieniem odruchów skórnych, rzekomemi drgawkami klonicznemi stopy (clonus pedis spurius) i z objawem Babińskiego również spotykałem przy encephalitis choreiformis et lethargica nieraz; zaś zaburzenia dysartryczne mowy i porażenie o charakterze opuszkowym tylko w dwóch przypadkach.

W końcu jeszcze na jeden charakterystyczny objaw pragnąłbym zwrócić uwagę, a mianowicie na to, że w trzech przypadkach w obrębie tego samego nerwu twarzowego spostrzegałem skurcz, a równocześnie i niedowład. W spokoju u tych chorych widać było silnie zaznaczony skurcz mięśnia marszczącego brwi, kurczowe pogłębienie fałdu nosowowargowego z dość znacznem odchyleniem kącika ust, a przy ruchach czynnych zupełnie wyraźny niedowład w obrębie tego samego nerwu twarzowego.

Dno oka w przypadkach, w których okulistyczne badanie zostało przeprowadzone, a mianowicie przez klinikę okulistyczną prof. Majewskiego, było albo prawidłowe, albo stwierdzono czynne przekrwienie siatkówki.

[1]) J. Piltz. O asynergji w unerwieniu poszczególnych odcinków tęczówki. II Zjazd neurologów, psychjatrów i psychologów polskich. Kraków 1912.

Płyn mózgowo-rdzeniowy, jak to wynika z badań Dr A. Sikorskiej, wykazywał w niektórych przypadkach pleocytozę i cukier; często odczyn Nonne-Apelta był dodatni.

W końcu co do nasilenia choroby i jej przebiegu muszę podnieść, że obok przypadków lżejszych, leczonych ambulatoryjnie, spostrzegaliśmy od stycznia 1920 r. bardzo dużo przypadków ciężkich o przebiegu bardzo przewlekłym, trwającym do 13 miesięcy.

Na zakończenie pragnę podnieść, iż wydaje mi się, że dokładna analiza objawów, spostrzeganych w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica, może pośrednio rzucić dużo światła na patogenezę bardzo wielu objawów, spotykanych w innych chorobach, a mianowicie w chorobie Parkinsona, w różnego rodzaju myoklonjach, w pląsawicy, w katatonicznej postaci dementia praecox (stupor, skrępowanie katatoniczne), w psychozie manjakalno-depresyjnej (zahamowanie psychoruchowe), w śpiączce i innych, a z drugiej strony może się okazać bardzo cenną dla badań nad fizjologją takich objawów, jak drżenie, drgawki, różnego rodzaju złożone t. zw. psychiczne odruchy, kurcze, sztywność (rigiditas), stan parkinsonowski lub śpiączka; zaś w razie możności przeprowadzenia ścisłych badań mikroskopowych — w tych przypadkach, które za życia zostały klinicznie dokładnie zbadane, może mieć nawet duże znaczenie dla badań nad lokalizacją tych objawów.

Streszczając krótko, na podstawie dotychczasowego doświadczenia krakowskiej kliniki neurologiczno-psychiatrycznej co do symptomatologji encephalitis choreiformis et lethargica podnieść należy między innemi, co następuje:

1) W większości przypadków encephalitis choreiformis et lethargica hyperkinetyczne objawy występują w jednej połowie ciała silniej, niż w drugiej, albo ograniczają się tylko do jednej połowy ciała, i to — na co pragnąłbym zwrócić szczególniejszą uwagę — do strony prawej, przyczem w górnej kończynie częściej, niż w dolnej.

2) Mimowolne objawy hyperkinetyczne są często tak złożone, że zupełnie przypominają ruchy celowe.

3) W niektórych przypadkach występuje odruchowy mimowolny spazmatyczny śmiech lub płacz, niekiedy nawet bez odpowiedniego zabarwienia uczuciowego, a więc objaw rozszczepienia fizjologicznych i psychicznych składników śmiechu i płaczu.

4) W tęczówce czasami występują ruchy robaczkowe, powodujące zniekształcenie konturów źrenic, a ulegające ciągłym zmianom.

5) W obrębie tego samego nerwu (n. p. w n. fac.) widzimy nieraz równocześnie objawy kurczu i objawy niedowładu.

6) Spostrzegane w niektórych przypadkach opadnięcie powieki lub porażenie mięśni ocznych z podwójnem widzeniem ulega nieraz z dnia na dzień wahaniom.

7) Psychoruchowe zahamowanie bywa nieraz tak silne, że chorzy czasami nie mogą dowolnego ruchu wykonać, n. p. unieść ręki do góry; po kilkakrotnem powtórzeniu rozkazu ruch ten jednak wykonują całkowicie.

8) Wzmożenie napięcia mięśniowego (lub raczej zahamowanie ruchowe) w tułowiu i w bliższych tułowia odcinkach kończyn bywa nieraz silniejsze niż w obwodowych.

9) Przy zachowaniu kolejności następowania po sobie stanów czuwania i snu spostrzega się w większości przypadków stan czuwania w nocy, a sen w ciągu dnia.

Zjawisko to uderza regularnością swego występowania.

Zależność tego typu regularności mogłaby być ewentualnie uwarunkowana przez biologiczne właściwości nieznanego nam dotychczas zarazka choroby.

10) W bardzo wielu przypadkach encephalitis lethargica występuje objaw nadzwyczaj ciekawy, polegający na tem, że chory, na jawie spokojny, przytomny i zorjentowany o ile się z nim rozmawia, pozostawiony na chwilę samemu sobie natychmiast zasypia i w czasie snu staje się psychomotorycznie podnieconym, głośno rozmawia, żywo gestykuluje i z zachowania się jego i z tego co mówi widać, że ma liczne halucynacje, przeważnie wzrokowe, słuchowe i czucia dotykowego, i urojenia, odnoszące się do jego zwykłych codziennych zajęć, to zn. że chory, przytomny na jawie, z chwilą zasypiania popada w stan t. zw. zawodowego delirium.

Na zakończenie pozwalam sobie przytoczyć kilka typowych przypadków tej choroby.

Przypadek I.

Ch. B., lat 37, handlarz koni, zachorował w lutym 1920. Z początku miał ból w lewej połowie głowy i strzykanie w lewem uchu, potem wystąpiły wymioty. Gorączki z początku nie było, spał źle; gdy zasypiał, przez sen mówił o handlu, kupcach, koniach; i we dnie przez sen dużo mówił. Po kilku dniach do tych objawów dołączyły się silne bóle w karku, w ramionach, rękach, nogach, mimowolne ruchy w prawych kończynach i bardzo uporczywe zatwardzenie.

Dnia 3. III. 1920, przy przyjęciu na klinikę, stwierdzono, co następuje: Twarz zaczerwieniona, maskowata, głowa zwrócona nieco w prawo, mięśnie szyi i karku po stronie prawej silnie napięte, sztywność karku, bolesność przy opukiwaniu w okolicy wyrostka sutkowego prawego i prawej kości ciemieniowej, anisocoria (prawa źrenica większa niż lewa), oddziaływanie źrenic na światło nieznacznie upośledzone, przy akomodacji dobre, przy patrzeniu w prawo kilka szarpnięć gałek ocznych w stronę prawą, niedowład w obrębie całego nerwu twarzowego prawego, słuch obustronnie nieco upośledzony, język w całości zbacza nieco w prawo, koniuszkiem w lewo, ustawienie łuków i podniebienia przy fonacji prawidłowe, odruchy z nich żywe. Ogólne silne napięcie mięśniowe w całem ciele; prawa górna kończyna jest zgięta w stawie łokciowym i zbliżona do klatki piersiowej, palec duży odchylony, drugi i trzeci wyprostowane, czwarty i piąty zgięte, [1]) w obrębie nogi prawej stan bardzo silnego napięcia mięśniowego i stałe ustawienie stopy szpotawej (pes varus); ruchy czynne w prawej górnej kończynie możliwe, ale wskutek silnego napięcia mięśniowego bardzo utrudnione, niepewne i nieco bezładne (ataktyczne), w lewej ręce swobodniejsze; w dolnych kończynach możliwe, ale w prawej bardzo utrudnione wskutek większego napięcia mięśniowego niż w lewej; przy ruchach biernych duży opór, po stronie prawej znacznie większy niż po lewej, przy ruchach zamierzonych i odwróceniu uwagi chorego na krótką chwilę zmniejszający się (Artwiński). W kończynie górnej prawej często mimowolne ruchy wahadłowe przywodzenia i odwodzenia w stawie barkowym i zginania i rozginania w stawie łokciowym, wiodące do ciągłego uderzania pięścią w klatkę piersiową lub pocierania o kołdrę; w palcach ruchy, wywołujące często ustawienia podobne do tych, jakie spotykamy przy atetozie. Siła mięśniowa w prawych kończynach jak gdyby większa, niż w lewych, może wskutek silniejszego napięcia mięśniowego w tych kończynach. Odruchy brzuszne słabe, równe; może prawe nieco słabsze, niż lewe. Odruchy ścięgnowe i okostne obustronnie silnie wzmożone, może prawe nieco silniej niż lewe, z powodu chwilowego silniejszego napięcia mięśniowego wywołać jednak czasami nie udaje ich się wcale. Objawu Babińskiego niema. Clonus pedis sinister. Lekka niezborność przy zsuwaniu pięty wzdłuż goleni. W nodze prawej drżenie i ruchy mimowolne zginania i rozginania w stawach biodrowym i kolanowym, w palcach najczęściej rozstawienie palców lub ustawienie Babińskiego. Przy siadaniu z pozycji leżącej, bez pomocy rąk, prawą nogę chory stale podnosi więcej niż lewą i dłużej ją utrzymuje w powietrzu. W pozycji stojącej skręcenie, wygięcie całego ciała, wypukłością w lewo. więcej fałdów na mięśniach tułowia po stronie prawej; prawy bark i prawe biodro niżej ustawione, niż lewe. Objawu Romberga niema. Chód chwiejny, niepewny z zataczaniem się w stronę lewą; noga prawa wyprzedza tułów, chory stawia ją zbyt daleko, opiera się piętą lub na zewnętrznym brzegu stopy, przyczem palce są zlekka wzniesione ku górze. W czasie chodu ręką prawą wykonywa chory co chwila mimowolne ruchy wahadłowe głównie w stawach barkowym i łokciowym, uderzając o klatkę piersiową; przypomina to ruch, jaki wykonywamy n. p. przy strzepywaniu kurzu z marynarki. Zaburzeń czucia brak.

Badanie kliniki okulistycznej prof. Majewskiego, wykonane przez Doc. Kleczkowskiego: V prawego oka $^{6}/_{8}$, lewego [illegible]; dno oka prawidłowe z obu stron; pole widzenia: prawe — prawidłowe, lewe — zwężone.

Badanie kliniki otiatrycznej prof. Nowotnego, wykonane przez Dr. Laskiewicza: Błony bębenkowe prawidłowe Bystrość słuchu prawidłowa. Badanie widełkami: Rinne: po prawej stronie + 8″, po lewej + 3″. Weber — lokalizuje na prawo. Schwabach obustronnie o 5″ skrócony. Przyrząd statyczny: Kalorycznie: wypłukanie prawego ucha wodą zimną o ciepł. 30° wykazuje kilka drgań poziomych na lewo, wypłukanie lewego ucha — drżenie oczu poziome 30″ trwające na prawo. Badanie na krześle obracalnem wykazuje: przy obrocie na prawo drżenie oczu poziome na lewą stronę 30″ trwające, przy obrocie na lewo — drżenie oczu poziome na stronę prawą 30″ trwające. Przy pochyleniu głowy na prawo: obrót na prawo daje kołowanie oczu (nystagmus rotatorius) 32″ na prawo, obrót na lewo — kołowanie oczu 18″ na lewo. Romberg na prawo wyraźny. Palec zbacza na lewo i w górę. Badanie internistyczne, przeprowadzone przez Doc. Oszackiego i Dr. Boratyńskiego prócz nieznacznego powiększenia wątroby i lekkiej bolesności wątroby przy omacywaniu i rozległego nieżytu oskrzeli lekkiego stopnia żadnych poważniejszych zmian w narządach wewnętrznych nie wykazało.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (Dr. A. Sikorska) dało wynik następujący: Ciśnienie lekko wzmożone, ilość ciałek białych w 1 cm^3 — 2 do 3 (zamiast 0 do 2), białka 0,05 (zamiast 0,02) globuliny (Nonne — Apelt), ślad, ilość cukru nieco zwiększona. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego co do odczynu Wassermanna, wykonane przez prym. Dr. Kostrzewskiego dało wynik ujemny, bakteryologiczne, wykonane przez Dr. Eisenberga, wykazało, że płyn jest jałowy.

Zdjęcia Roentgena zrobić się nie udało z powodu ciągłych ruchów prawej ręki i głową (Dr. Korabczyńska).

Przebieg choroby: Stan chorego w pierwszych dniach pobytu na klinice zaczął się szybko pogarszać. Chory wciąż skarżył się na bardzo silne bóle głowy, bezsenność i ogólne osłabienie. Wystąpiła znaczniejsza sztywność karku, objaw Kerniga i zatrzymanie moczu i stolca Ruchy w prawej górnej kończynie występowały prawie bezustannie Ażeby uchronić chorego przed okaleczeniem się, a kołdrę od zniszczenia, musiano prawą rękę bandażować. Chory stale silnie gorączkował, przyczem ciepłota dochodziła w popołudniowych godzinach nieraz do 40°. Chory był stale zaczerwieniony i silnie się

---

[1]) Jak to widać na rycinie 4 pracy Dr. Artwińskiego, Przegląd lek. 1920 Nr. 4.

pocił. Tętno wahało się pomiędzy 124 a 140. Z powodu i w dzień i w nocy prawie bez przerwy występujących ruchów mimowolnych, zupełnej bezsenności, wysokiej ciepłoty i wielkiego utrudnienia przy karmieniu chorego, stan jego z dniem każdym tak się pogarszał, że zaczynaliśmy już wątpić, czy uda się nam utrzymać go przy życiu.

Dopiero po upływie 2 miesięcy stan ten zaczął się stopniowo nieco poprawiać, a 2 czerwca 1920 chory mógł już opuścić klinikę ze znaczną poprawą.

Leczenie polegało na stosowaniu przez pierwsze 2 tygodnie wcierań rtęciowych; od 13 do 20 marca wstrzykiwano choremu surowicę przeciwpa ciorkowcową wielowartościową, po 20 cm³ codziennie w pośladki, śródmięśniowo. Następnie podawano przez parę tygodni urotropinę, a później chininę. Prócz tego otrzymywał chory codziennie ciepłą kąpiel i lewatywę, a w chwilach zapadu wstrzykiwania morfiny z kofeiną. W ostatnich tygodniach podawano choremu jod.

Podkreślić jeszcze trzeba, że środki uśmierzające bóle i środki nasenne okazały się, przynajmniej w pierwszych tygodniach, u tego chorego zupełnie bezskuteczne.

Nakłucie lędźwiowe wykonano dwukrotnie: 22. III. dla celów badania cyto- i serologicznego, 17. IV. — bakterjologicznego. Leczenie prowadzili asystenci Dr. E. Artwiński i Dr. M. Zieliński. Obecnie (15. XII. 1920) z listu chorego dowiaduję się, że ma się on zupełnie dobrze i jest zajęty w swoim zawodzie.

Co do rozpoznania dodać muszę, co następuje: Przy przyjęciu przyjęliśmy u tego chorego encephalitis choreiformis et lethargica, w początkach przebiegu choroby myśleliśmy przejściowo raz o encephalitis (abscessus?) cerebri ad basim cranii in regione pontis d., drugi raz o zajęciu móżdżku po stronie prawej. Dalszy przebieg choroby wykazał jednak, że mieliśmy do czynienia z bardzo ciężkim, ale klasycznym przypadkiem encephalitis choreiformis et lethargica.

Przypadek II.

S. K., lat 42, kupiec z K. Her. = O. Chorób poważniejszych nigdy nie przechodził, pił przez pewien czas dużo; przeczy jakoby przebywał kiłę. Z początku gorączka, bezsenność, zaburzenia psychiczne: mówił od rzeczy; przykro mu było, iż mogą o nim powiedzieć, że zgłupiał. Po kilkunastu dniach wystąpiła śpiączka, porażenie mowy, znaczne utrudnienie połykania, porażenie wszystkich czterech kończyn, górnych znaczniejsze, niż dolnych. We wrześniu stan ten zaczął się nieco poprawiać; mowa stawała się nieco wyraźniejsza, upośledzenie ruchów kończyn zaczęło się zmniejszać.

Do kliniki przyjęty został 16. IX. 1920 r. z następującemi objawami: Ogólne unieruchomienie i jak gdyby zastygnięcie ruchów, przypominające chorobę Parkinsona. Przy nawiązywaniu kontaktu z chorym często występuje na twarzy odruchowy, mimowolny kurczowy uśmiech. Uśmiech ten utrzymuje się przez kilkadziesiąt sekund pomimo woli chorego. Ryc. 5. Źrenice zniekształcone, na światło i przy akomodacji oddziałują ospale. Niedowład lewego nerwu twarzowego z istniejącym równocześnie w obrębie tego nerwu kurczem mięśniowym. Mowa opuszkowa nosowa, zamazana, niezrozumiała. Otwieranie ust i ruchy języka bardzo upośledzone. Chory przy jedzeniu często się zachłystuje, szczególniej pokarmami płynnemi. Silne ślinienie się. Nadżerki naskórka w okolicy ust. Sztywność kończyn przy ruchach biernych, w górnych kończynach znacznie silniejsza, niż w dolnych. Ruchy czynne w górnych kończynach bardziej upośledzone, niż w dolnych, powolne i ograniczone. Najbardziej jest upośledzone odwracanie lewego przedramienia i prostowanie lewej dłoni. Ruchy kończyn dolnych niezłe. Odruchy ścięgnowe górnych kończyn wzmożone, lewe silniej, niż prawe. Odruch kolanowy i achillesowy po stronie prawej silniejsze, niż po lewej. Rzekome kloniczne drganie stopy (clonus pedis spurius) po stronie lewej. Objaw Babińskiego obustronnie zaznaczony, po stronie prawej jednak wyraźniej, niż po lewej. Chory cierpi na zaparcie stolca, stolec miewa tylko po lewatywie. Po nocach prawie zupełnie nie sypia W dzień często śpi.

Podkreślić należy w tym przypadku 1⁰ istnienie ciężkiego porażenia opuszkowego i znaczniejszego porażenia górnych kończyn, niż dolnych, 2⁰ kurczowy odruchowy i mimowolny uśmiech i 3⁰, zmienność nasilenia porażeń: są chwile, w których chory lepiej mówi i lepiej porusza kończynami, czasami znów mowa staje się zupełnie niewyraźna, a upośledzenie ruchów czynnych i biernych bardzo znaczne; taka sama zmienność zauważyć się daje i w odruchach, 4⁰, brak wszelkich objawów hyperkinetycznych jak: drżenia, drgawek, mimowolnych ruchów i odruchów złożonych.

Leczenie w tym przypadku polegało na stosowaniu chininy i urotropiny oraz przetworów arszenikowo-żelazistych, a także kąpieli, miesienia ogólnego i gimnastyki czynnej i biernej.

Stan chorego na ogół poprawił się. Sztywność kończyn górnych mniejsza, niż dawniej. W przeciwieństwie do dawnej największej sztywności w stawie barkowym, obecnie sztywność najwięcej zaznaczona jest w stawie łokciowym (Dr. Sikorska).

Przypadek III.

M. O., lat 19, rolnik z R., szeregowiec 51 p. p. Obecna choroba zaczęła się w marcu 1920 bólami i zawrotami głowy, gorączką i mówieniem od rzeczy. Po 3-tygodniowym pobycie na ogólnym oddziale chory został — widocznie z powodu silnie zaznaczonych zaburzeń psychicznych — przeniesiony na oddział psychiatryczny.

Do kliniki przybył 3. sierpnia 1920. Po przyjęciu stwierdzono objawy następujące: Ogólne unieruchomienie, twarz maskowata, jak z wosku, mowa niewyraźna, z oczu płyną łzy, z ust cieknie obficie ślina; niedowład obwodowy obu nn. twarzowych, cmokanie ustami, częste siąkanie nosa. Utrudnienie otwierania ust, język zbacza w lewo i drży. Włókienkowe drgania w prawym policzku, dookoła prawego kącika ust w mięśniach brody — jak przy płaczu Ryc. 6.

Leczenie w klinice polegało na podawaniu proszków chininy i urotropiny i stosowaniu letnich kąpieli.

Chory obecnie czuje znaczną poprawę, sypia też lepiej. Przedmiotowo stwierdzamy jednak jeszcze cały szereg objawów chorobowych, a mianowicie: sinicę twarzy, rąk i nóg, ogólne zahamowanie, pochylenie głowy i tułowia ku przodowi, wyraźne upośledzenie mimiki twarzy, twarz maskowatą, pewne rozszerzenie szpar powiekowych, prawie zupełne zniesienie mrugania, włókienkowe drgania mięśni twarzy. Wargi znajdują się prawie stale w skurczu, warga dolna wysunięta jest silnie ku przodowi. Fałd nosowowargowy lewy lekko kurczowo pogłębiony. Lewa ręka w łokciu lekko zgięta, lewe przedramię znajduje się w lekkiej pronacji, drugi i trzeci palec lewej ręki zbliżony jest do pierwszego; gdy chory leży, jest lewa noga nieco zgięta w kolanie, lewa stopa w nieznacznem zgięciu podeszwowem i nieco skręcona na zewnątrz. Przy ruchach biernych napotykamy lekkie wzmożenie napięcia mięśni. Przy ruchach czynnych stwierdzamy: na ogół powolność ruchów, a dalej niedowład w obrębie obydwóch nerwów twarzowych, po stronie lewej silniejszy, niż po prawej, utrudnienie otwierania ust; język zbacza w lewo, drży; mowa cicha, wybuchowa; chory jedno słowo powtarza nieraz kilka razy bardzo szybko, jakby w drgawkach klonicznych, mówi przez zęby. Lekki niedowład kończyn lewych. Odruchy ścięgnowe i okostne żywe, lewe żywsze od prawych; drżenie stopy obustronne. Odruchy brzuszne bardzo słabe; prawe (szczególniej górny) słabsze od lewych. Odruch podeszwowy lewy słabszy od prawego. Objawu Babińskiego niema. Chód drobnemi kroczkami, tułów nieco naprzód pochylony. Oprócz tego spostrzegamy wzmożone ślinienie, czasami cmokanie ustami i bardzo częste siąkanie z nosa. Pod względem psychicznym chory jest na ogół apatyczny i samorzutnie prawie nigdy nic nie mówi, leży lub siedzi stale jak posąg. Przy nawiązywaniu z nim kontaktu odpowiada jednak zupełnie rozsądnie i żadnych głębszych zaburzeń psychicznych nie okazuje. Jestto klasyczny przykład parkinsonowskiego zespołu objawów w przebiegu encephalitis choreiformis et lethargica epidemica albo, jak go Pierre Marie nazywa, postencefalistyczny parkinsonowski zespół objawów.

W przypadku tym spostrzegaliśmy wspólnie z asystentem kliniki, Dr Stefanem Pieńkowskim, następujący ciekawy objaw, który dotychczas nie został jeszcze przez nikogo opisany, a mianowicie, że przy nawiązywaniu kontaktu z chorym lub nawet tylko przy zwracaniu się do niego występuje zupełnie odruchowo i mimowoli całkowity zbiór objawów płaczu, a mianowicie: silne zaczerwienienie twarzy, łzy cisną się do oczu i spływają po policzkach (w prawym więcej, niż w lewym), dookoła ust, w wargach i w podbródku występuje spazmatyczny skurcz mięśni z drżeniem i twarz cała przyjmuje wyraz taki, jaki widzimy zwykle przy płaczu. Chory zapytany, dlaczego płacze, odpowiada, że bynajmniej nie płacze i wcale niema zamiaru płakać. W przypadku tym mamy więc objawy odruchowego spazmatycznego płaczu, jednak bez uczuciowego składnika, a mianowicie depresji, smutku lub niezadowolenia, a więc bardzo ciekawy przypadek dyssocjacji fizjologicznych i psychicznych objawów płaczu.

Przypadek IV.

M. W., lat 25, absolwent seminarjum nauczycielskiego. Rodzice nerwowi. Chory zawsze był bardzo wrażliwy. W roku 1916 w wojsku, po zranieniu nogi lewej ułamkiem granatu, wystąpiło drżenie lewej nogi, które utrzymywało się przez 3 tygodnie. Zachorował w II. 1920; przez cztery tygodnie z początku gorączka, bezsenność, ogólne bardzo silne osłabienie. Później przez dwa miesiące śpiączka i bol w plecach. W czerwcu, jak podaje, pod wpływem silnego wzruszenia z powodu choroby matki, wystąpiło silne rozdrażnienie i drżenie głównie prawej ręki i lewej nogi. Do kliniki chory przybył 10. IX. 1920 z objawami następującemi: Twarz maskowata, jak z wosku. Unieruchomienie całego ciała, przypominające chorobę Parkinsona. Patrz ryc. 1. Sztywność w dolnych kończynach znaczniejsza, niż w górnych. Chory chodzi, lecz z wielką trudnością, zgięty ku przodowi. Przy próbie wyprostowania chyli się ku tyłowi. Hemiparesis facio-brachio-cruralis dextra lekkiego stopnia. Odruchy kolanowe bardzo żywe. Odruch achillesowy prawy większy od lewego. Objaw Babińskiego obustronny. Drżenie prawej ręki, a przy wzruszeniach — całego ciała. Źrenice rozszerzone, nierówne, zniekształcone, prawie nie oddziałują na światło i akomodację. Śmiech odruchowy, mimowoli długo utrzymujący się. Chory jest milczący, samorzutnie mówi rzadko, cierpi na bezsenność. Na bóle się nie skarży.

Leczenie polegało na podawaniu chininy, urotropiny, salicylanu jodowego z kofeiną, przetworów arszenikowo-żelazistych, oraz stosowaniu kąpieli, miesienia i gimnastyki.

Obecnie stan chorego jest następujący: Twarz ciągle jakby zastygła. Ruchy czołem bardzo nieznaczne. Upośledzenie prawego nerwu twarzowego, otwierania ust i wysuwania języka, źrenice zniekształcone, prawa węższa niż lewa. Zwolnienie oddziaływania przy akomodacji (spostrzeżenie zrobione przez Dr Sikorską). Ruchy czynne ręką prawą są wykonywane ogromnie powolnie, dopiero po kilkakrotnem powtórzeniu nakazu, przy bardzo silnem drżeniu całej kończyny, szczególniej palców. W lewej ręce tosamo w mniejszym stopniu. Przy ruchach biernych opór, szczególniej przy rozginaniu stawu łokciowego. Sztywność kończyn dolnych bardzo wyraźna, znacznie większa, niż w górnych. Przy ruchach czynnych wybitne drżenie prawej nogi, mniejsze w lewej. Objaw Babinskiego tylko po stronie lewej. Chory siada z trudnością, wstaje z jeszcze większą trudnością. Przy chodzeniu ustawienie wybitnie parkinsonowskie i drżenie całego ciała. Chodzi na palcach. Musi być karmiony.

Przypadek V.

M. H., lat 27, żona ślusarza, z S. Od dzieciństwa bardzo wrażliwa. Za mąż wyszła w 22 r. ż.; mąż przed 10 laty przechodził jakąś chorobę weneryczną. Nie rodziła, nie roniła. Zachorowała 26. V 1920. Z początku

ból gardła i w boku i bezsenność. Od 3. V. ból głowy i w karku, szczękościsk, mowa niewyraźna, mówi przez zęby. Gorączki nie miała. Do kliniki przybyła 8. VI. 1920.

Stan ówczesny był następujący: Chora, miernie odżywiona, leży na wznak, na boku leżeć nie może z powodu bólów. Wyraz twarzy zastygły w uśmiechu. Chora mówi cicho, niewyraźnie, przez zęby, usta z powodu szczękościsku otwiera bardzo mało. Apetyt niezły, stolec zaparty, sen obecnie już nieco lepszy. Chora skarży się na ból w krzyżach i w bokach. Wzmożenie napięcia mięśniowego w tułowiu i w wielkich stawach kończyn; na obwodzie kończyn znacznie mniejsze. Z powodu silnego napięcia mięśni grzbietu wybitne wygięcie kręgosłupa ku przodowi: część lędźwiowa unosi się łukowato ponad pościelą. Ruchy głowy bolesne, pochylenie głowy ku przodowi utrudnione, możliwe do 30° od podłużnej linji ciała. Mięśnie twarzy w stanie skurczu; szczękościsk; języka chora nie może wystawić. Kończyny górne: ruchy palców swobodne zupełnie, dalej ku barkom coraz więcej utrudnienie ruchów. Kończyny dolne: ruchy stopy dość wolne, w stawach kolanowych czynne — znacznie ograniczone, bierne — z bardzo znacznemi oporami. Ściany brzuszne bardziej silnie napięte. Odruchy z m. dwugłowego i trójgłowego niezbyt żywe, kolanowe wzmożone, achillesowe bardzo żwawe. Objaw Babińskiego po stronie lewej zaznaczony; odruchy brzuszne zniesione.

W szczególności podnieść pragnę w tym przypadku, że wyraz twarzy chorej jest jakby zastygły w lekkim uśmiechu. Przy nawiązywaniu z chorą kontaktu, już przy zwróceniu się w jej stronę, wyraz jej twarzy mimowoli i odruchowo pogłębia się w uśmiechu Patrz ryc. 4. Brwi są uniesione w górę, czoło jest poprzecznie pomarszczone, jednocześnie jednak wskutek skurczu mięśnia marszczącego brwi występują ponad nosem fałdy podłużne; pomimo nieco ku dołowi opuszczonych brwi zmarszczki na czole utrzymują się. Górne powieki są czynnie ściągnięte w dół; dolne powieki są mocno sfałdowane, nozdrza szeroko rozwarte, fałdy nosowowargowe kurczowo pogłębione (lewy więcej, niż prawy), kąty ust oddalone znacznie od siebie, wgłębienie rowkowate między nosem a wargą górną jest rozszerzone, skóra jego blada. Podbródek fałduje się, źrenice szerokie, anisocoria (lewa większa niż prawa), oddziaływanie na światło bezpośrednie mało wydatne i wyraźnie zwolnione; współczulne (konsensualne) bardziej wydatne i szybsze od bezpośredniego, szczególniej po stronie prawej Oddziaływanie źrenic przy zbieżności i akomodacji nieco żywsze, chociaż też ograniczone i powolne. Przy badaniu źrenic spostrzega się ciągłe wyraźne robaczkowe lub ameboidalne ruchy tęczówki, wywołujące nieustanne zmiany konturów źrenic.

Stopniowo stan chorej ogólny poprawił się tak, że 11. lipca chora jako zupełnie wyleczona mogła klinikę opuścić.

W tym przypadku podnieść pragnę zjawisko dotychczas przy encephalitis epidemica jeszcze nie opisywane, a mianowicie fakt występowania — przy nawiązywaniu z chorą kontaktu — odruchowego kurczowego, mimowolnego śmiechu, utrzymującego się przez pewien czas pomimo woli chorej.

Przypadek VI.

E. M., lat 5, syn ślusarza z M. Obecna choroba rozpoczęła się w lutym 1920, od bezsenności i niepokoju mięśniowego w całem ciele.

Przy przyjęciu do kliniki 14. VIII. 1920 stwierdzono, co następuje: Chory jest blady, wychudzony, ciągle siąka nosem, cmoka ustami. Obfita wydzielina z nosa, nadżerki błony śluzowej i naskórka naokoło otworów nosowych. Mowa niewyraźna, jąkanie. W dzień śpi, w nocy znajduje się w stanie silnego podniecenia; całą noc prawie bez przerwy rzuca się po łóżku, przyczem tułów znajduje się ustawicznie w wężowych skrętach i jest nieraz tak silnie wygięty, iż zdaje się, że przy cokolwiek większem przegięciu powinienby się kręgosłup złamać.

Leczenie polegało z początku na podawaniu urotropiny i arszeniku, bromu na noc i zrana ciepłej kąpieli, albo koców. Po dwóch tygodniach zamiast urotropiny zaczął chory otrzymywać chininę. Od początku X. 1920 stan jego zaczął się stopniowo poprawiać. Obecnie chory lepiej wygląda i na ogół jest znacznie spokojniejszy. Niepokój występuje jeszcze tylko wieczorami. O 11 g. wieczór chory już sypia dobrze.

Obecnie stwierdza się jednak jeszcze: siąkanie nosem, cmokanie ustami, mowę niewyraźną, lekkie upośledzenie oddziaływania źrenic przy akomodacji i lekki połowiczy niedowład lewostronny.

W tym przypadku podkreślić pragnę:

1°, że na początku choroby oprócz stałego niepokoju ruchowego istniała zupełna bezsenność i w nocy i w dzień, a dopiero w dalszym przebiegu choroby wystąpiła śpiączka, i to tylko w dzień, tak, że chory po całych dniach spał.

2°, że niepokój ruchowy w tym przypadku cały szereg tygodni przejawiał się przeważnie, jak to spostrzegła Dr Sikorska, w bardzo szybkiem falowaniu tułowia, przypominającem wężowe skręty lub ruchy gąsienicy.

Przypadek VII.

E. G., lat 8, z B. Lekkie jąkanie się od dzieciństwa. W szkole uczył się dobrze. Zachorował w III. 1920.

Z początku bezsenność, podwójne widzenie i zaburzenia psychiczne, w szkole zaczął »głupio mówić«. Po nocach broił, pisał, czytał, malował aeroplany. Taki stan podniecenia trwał przez 3 dni, spał bez przerwy i w dzień i w nocy. Od 7. dnia wystąpiła znów w nocy bezsenność: w dzień spał, a w nocy broił. Ten stan utrzymuje się do dzisiaj.

Do kliniki przyjęty został 9. X. 1920. Obserwacja kliniczna wykazuje, co następuje: Przez dzień śpi, w nocy silny niepokój ruchowy; chory cmoka ustami, siąka nosem, lub chrząka, zasypia dopiero nad ranem około godz. 5 lub 6, przez całą noc porusza się, wstaje, chodzi po sali, bije pięścią o ścianę lub siebie w kolano, budzi innych chorych, stuka do okna, miewa szarpania w rękach, w tułowiu. Badanie fizyczne wykazuje: Chory chodzi przechylony ku przodowi ze zgiętą głową. W kończynach górnych widać cały szereg ruchów mimowolnych, szczególniej ręką prawą co chwila wyrzuca naprzód lub uderza się nią po plecach. Patrz ryc. 2. Sam nic nie mówi. Obfite ślinienie się i zwiększone wydzielanie z nosa; dookoła ust nadżerki naskórka. Osłabione oddziaływanie źrenic na światło i przy akomodacji. Lekka hemiparesis facio brachi-cruralis sinistra, ze wzmożeniem lewostronnych odruchów ścięgnowych. Objaw Babińskiego po lewej stronie wyraźny Przypadek ciężki. Większej poprawy niema dotychczas.

Przypadek VIII.

K M., lat 22, żona rolnika. Miesiączkuje od 17 r ż., za mąż wyszła w 21 r. ż.; ma 6-tygodniowe dziecko (28. VI. 1920), które karmiła dotąd piersią. Obecna choroba rozpoczęła się w styczniu 1920, gdy chora była w piątym miesiącu ciąży, gorączką, bezsennością, mimowolnemi ruchami w prawej nodze, które chora sama określiła, jako »zagarnianie prawą nogą« i zaburzeniami psychicznemi w postaci zwidywań. Po paru tygodniach wystąpiły ruchy mimowolne w prawej ręce, a po porodzie i w lewej nodze. Po trzech tygodniach początkowej bezsenności wystąpiła śpiączka: w nocy chora spała głęboko, a przez dzień była bardzo senna. Bólów żadnych nie miała.

Przy przyjęciu na klinikę 28. VI. 1920 stwierdzono poza nierównością źrenic (prawa większa, niż lewa) jedynie ruchy mimowolne w prawej ręce i w obu dolnych kończynach. Co kilkadziesiąt sekund lub co parę minut widać raptowne uniesienie prawej ręki do góry ponad głowę i wyprostowanie jej do linji pionowej. Ażeby zapobiedz temu ciągłemu unoszeniu się ręki prawej, chora przyciska ją lewą ręką silnie do piersi. Prawie równocześnie występuje nagłe wyprostowanie obu nóg w kolanach i w palcach, po stronie prawej znaczniejsze, niż po lewej.

Leczenie polegało na podawaniu arszeniku, bromu, urotropiny i stosowaniu letnich kąpieli.

26. VII. 1920 chora opuściła klinikę w stanie znacznej poprawy. Ruchy w nogach już się nie pojawiały, w ręce prawej były minimalne.

Dodatek. Objaw mimowolnego odruchowego kurczowego śmiechu i płaczu przedstawiałem po raz pierwszy 16. października w Towarzystwie krakowskich neurologów i psychiatrów, a następnie po raz drugi w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem 24. listopada 1920. Z ostatniego numeru »Presse médicale« dowiaduję się, że tensam objaw spostrzegali również Lévy-Valensi i E. Schulmann u chorej, którą przedstawili 2. grudnia 1920 w »Société de neurologie« w Paryżu [Eléments des types parkinsoniens et pseudo-bulbaire au cours de l'évolution d'une encéphalite lethargique: rire et pleurs spasmodiques (localisation pallidale?). Presse méd. Nr 91. 1920].

W sprawie powstawania włókniaków macicy

podał **Dr med. Zygmunt Monsiorski** (Warszawa).

Nauka o powstawaniu włókniaków macicy czerpała dotąd materjał do swoich wniosków ze statystyki, z prac anatomo-patologicznych, oraz z wywiadów, pochodzących od dotkniętych tą chorobą kobiet. Nie można powiedzieć, by wyniki osiągnięte nie miały wielkiej wartości; pomimo, że ostatniem naszem słowem w tej sprawie jest zupełny brak jakichkolwiek pewnych twierdzeń.

Dzisiejsza praca moja ma na celu zwrócenie uwagi czytelnika na specjalną metodę badania, która to metoda w ręku jednostki musi dawać tylko wyniki nikłe, ale w ręku ciała zbiorowego może zaważyć dużo, o ile jego członkowie zechcą uznać jej wartość. Oprócz przedstawienia tej metody pozwalam sobie na wyciągnięcie pewnych wniosków własnych w sprawie etjologji włókniaków macicy; wnioski te harmonizują z pracami Virchowa i Roberta Meyera w dziedzinie anatomji patologicznej, z wnioskami Pinarda w dziedzinie statystyki, z wnioskami Otta w dziedzinie kliniki. Są one albo rozwinięciem myśli wspomnianych autorów, albo pogłębieniem i rozszerzeniem ich poglądów. Sprawozdania z piśmiennictwa pisać nie zamierzam, muszę atoli dla oświetlania poglądów własnych wtłoczyć w ramy niniejszej pracy główniejsze dane z dzisiejszego stanu naszej wiedzy o powstawaniu włókniaków macicy.

Punktem wyjścia do pracy niniejszej była bezpośrednia obserwacja pewnej liczby chorych w ciągu całego szeregu lat: ta sama chora, która przechodziła te lub inne zmiany w dziedzinie narządów rodnych, zmiany każdorazowo starannie badane, dziś zjawia się u mnie z wyraźnym włókniakiem macicy. Zestawienie szeregu takich obserwacji, osobiście sprawdzanych, pozwala już na wyciągnięcie pewnych wniosków; trudność polega jedynie na tem, że takie zbiory posiadać może tylko lekarz długo w swej specjalności pracujący, oraz że względnie niewielka liczba chorych przez cały ciąg swego życia szuka porady stale u jednego lekarza. Tak czy owak metoda poszukiwań, o której tu mówię, polega na tem, ażeby jeżeli nie ostateczne wnioski, to choć materjał do wniosków opierać na dokładnej znajomości całego zlepu patologicznych warunków, wśród których powstał

włókniak. Nie koniec na tem. Niezbędnym dodatkiem obserwacji życiowo-klinicznej musi być preparat, otrzymany na drodze operacyjnej; inaczej wartość obserwacji schodzi do zera, boć wiadomo, że ten się tylko w rozpoznaniu nie myli, kto go operacyjnie lub anatomicznie nie sprawdza.

Taki materjał dla sprawy etjologji będzie o wiele cenniejszy, niż wielkie cyfry, dotyczące chorych przelotnych, choćby nawet i operowanych. Już w trakcie przygotowywania niniejszej pracy przekonałem się, że i Ott trzymał się tej samej metody w opracowaniu tego tematu, jakkolwiek wnioski jego są zdaniem mojem nie tyle fałszywe, co jednostronne. W dalszym ciągu niniejszego artykułu wytłomaczę się jaśniej z tego twierdzenia. Przechodzę obecnie do przedstawienia własnego materjału w sprawie włókniaków wogóle.

Ogółem miałem w obserwacji 112 włókniaków; z tych 63 operowane i 49 nieoperowanych. Cyfry te nie są tak bardzo małe, jeżeli zważymy, że n. p. Pozzi, który rozporządzał bardzo bogatym materjałem i dużą kliniką, w ciągu 11 lat operował włókniaków 69 (praca Daniela).

W oświetleniu zwykłych statystyk materjał mój dzieli się, jak następuje (nb. korzystam tylko z cyfr, dotyczących chorych operowanych): Zamężnych było 55, dziewic 6. Nie rodziło 30 (6 dziewic, 24 mężatek), raz rodziło 9, wieloródek 18, nie rodziło lecz poroniło 2.

Wiek chorych od 24 do 55 lat; najczęściej 36—40 lat — 33%, w innych pięcioleciach począwszy od 24 roku życia aż do 50 w przybliżeniu zapada po 10%. W zastosowaniu specjalnie do nierodzących (dziewic i mężatek) odsetek chorych w pięcioleciach od 24 do 40 roku życia jest jednakowy i wynosi razem 70% tych chorych. Dziedziczność spotkałem tylko w 1 przypadku.

Przytoczona statystyka zgadza się ze znanym dotąd faktem, że włókniaki najczęściej powstają w okresie największej działalności narządów rodnych, t. j. między 24 i 45 rokiem życia, wcześniej i później występują wyjątkowo.

Natomiast szczególnie cyfry moje obniżają wpływ dziewictwa (tylko 10%), oraz bezpłodności (zupełnie jednakowa liczba rodzących i nierodzących). Pinard specjalnie nastaje na późny pierwszy poród i zbyt wczesny ostatni. Może tu jest i część prawdy, ale wśród innych cyfr są pierwsze porody w 26 i w 28 roku życia, są ostatnie w 39 i 41. Zresztą chciałbym tu podkreślić ten fakt, że bezpłodność *nie jest* zjawiskiem *pierwotnem*; miejsce bezpłodności w statystyce powinno być rozdzielone pomiędzy te zjawiska, które ją wywołać są zdolne. Również i takie przyczyny, jak zbyt późny pierwszy poród, jako też i zbyt wczesny ostatni powinny mieć głębsze wytłomaczenie, co czytelnik w dalszym ciągu tej pracy znajdzie. Teorje zaś, wyprowadzające powstawanie włókniaków przez podniety psychiczne i płciowe (flirt), z hormonów jajnikowych, z zakażeń, jako nic nie tłómaczące, można pominąć milczeniem. Veit, przytaczając i takie przyczyny (flirt), cieszy się jednak, że Recklinghausen swoją teorją o pochodzeniu gruczolako-włókniaków z ciała Wolffa dał dobry początek dalszym poszukiwaniom na drodze anatomii patologicznej nad powstawaniem włókniaków. Istotnie ta gałąź wiedzy dużo dostarczyła materjału, ale sprawy nie rozwiązała. Nieocenione jest dla nas następujące zdanie Virchowa: »Tworzenia się włókniaków nie należy przypisywać bodźcom fizjologicznym, jakie działają n. p. przy ciąży, lecz patologicznym, t. j. albo zbyt silnym pobudzeniom miejscowym, albo też zbyt wielkiemu osłabieniu odpowiedniego miejsca«. Biorąc powyższe zdanie za punkt wyjścia, należałoby określić, jakie to bodźce patologiczne tu w grę wchodzą i w jaki mianowicie sposób one działają. Zanim jednak do tej sprawy przejdziemy, w kilku słowach zaznaczyć należy walkę anatomo-patologów o pochodzenie włókniaków. Cały szereg wybitnych uczonych (Veit, Virchow, Gebhardt, Engstrom, Robert Meyer) sądzi, że guzy te powstają z warstwy mięsnej ściany macicznej. Inni natomiast badacze, jak Rizzuti, Fridondani, doszli do wniosków, że włókniak pochodzi z warstwy mięsnej naczyń. Jeszcze inni za materjał do budowy włókniaków uważają komórki, wychodzące z naczyń włosowatych i zamieniające się następnie na komórki łącznotkankowe i mięśniowe (Klebs, Kleinwächter). Wreszcie Keiffer jest pod tym względem eklektykiem: znajdował początkowe twory włókniaków wśród włókien mięsnych, i wśród włókien tkanki łącznej, i nawet wśród ścian naczyń. Wracając teraz do zastosowania metody badania włókniaków, o którem mówiłem na początku tej pracy, najpierw zwróciło moją uwagę, że wielka liczba chorych, które przebyły stany zapalne przydatków macicznych, cierpi potem na włókniaki. Zacząłem ten fakt sprawdzać przy operacjach usuwania przydatków macicznych. Stwierdziłem, że jeszcze większa liczba takich chorych, niż dotąd myślałem, usposobiona jest do włókniaków, gdyż mogłem znaleźć de visu takie włókniaki, których istnienia dwuręcznem badaniem stwierdzić nie było można.

Z przytoczonych 61 przypadków operowanych, w 15 t. j. prawie 25% znalazłem zmiany makroskopowe w przydatkach: zapalenie jajowodów (znaczne zgrubienie ścian) 9 razy, puchlinę jajowodów (hydrosalpinx) 3 razy, ropniaka jajowodu (pyosalpinx) 1 raz, zwyrodnienie drobnotorbielowate jajnika 1 raz i torbiel 1 raz. Z innych operatorów Paweł Hundt w r. 1904 znajduje w 20% włókniaków schorzenie jajników, w 10% jajowodów; James Watt-Keen w r. 1902 przy analizie 417 przypadków znalazł 13% chorób jajowodów i jajników. Wreszcie materjał Pozziego, opracowany przez Daniela, wykazuje zmiany w przydatkach macicznych aż w 59%! Tę samą cyfrę podaje w rozprawie swojej Leon Devaux. Jak widać, nie jestem odosobniony w spostrzeganiu zmian przydatków przy włókniakach. Obserwując długie lata chore, miałem możność stwierdzić, że choroba przydatków istniała wpierw, a zjawienie się włókniaka było późniejsze. *I otóż w tem zdaniu jestem odosobniony.* Autorzy wyżej wymienieni silą się na wytłomaczenie, w jaki sposób włókniaki mogą wywoływać zmiany w przydatkach, ale ani jednemu nie przychodzi na myśl, że włókniak może być następstwem chorobowo stanu przydatków. Pozwolę sobie przytoczyć jako przykład w krótkości następujący przypadek. Chora w następstwie zakażenia po poronieniu cierpi na długotrwałe zapalenie przydatków; po wyczerpaniu bezskutecznem wszelkich środków leczniczych usunąłem jej prawy jajowód i jajnik chorobowo zmienione i usunąłem zrosty; macica była dokładnie zbadana, żadnych guzów na niej, ani w niej nie było. W kilka lat później chora literalnie prześladuje mnie żądaniem usunięcia lewych przydatków, które jej sprawiają dolegliwości przy pracy i w okresach miesiączkowania. Nie znajdując istotnego wskazania, gdyż przydatki lewe nie wydawały się powiększone, znów blisko rok starałem się odciągnąć chorą od żądania operacji. Napróżno. Po roku przystąpiłem do powtórnej laparotomji; przydatki lewe były w silnych zrostach w zatoce Douglasa, jajowód drożny; po usunięciu zrostów wykonałem tylko salpingopeksję ku przodowi. Ale nie o to chodzi: przy drugiej operacji znalazłem na macicy włókniak wielkości orzecha włoskiego. Jeżeli więc może tu być mowa nie o przypadkowości, a o jakimś wzajemnym wpływie, to tu nie włókniak wywołał zmiany w przydatkach, lecz chyba przeciwnie.

Druga grupa chorych na włókniaki, dłuższy czas obserwowanych, cierpiała na tyłopochylenia, których pomimo wielkich dolegliwości ani operować, ani krążkami poprawiać nie chciała. Ta grupa stanowi 10% operowanych. Wreszcie 5% z pomiędzy operowanych miało poprzednio nadmierne przodozgięcie, i tyleż — wypadnięcie macicy lub bardzo znaczne jej obniżenie. W sprawie przodozgięcia macicy Ott kategorycznie twierdzi, że te przypadki nadmiernego przodozgięcia, które nie dochodzą do ciąży lub które nie dadzą się usunąć środkami, jakie mamy w lecznictwie do rozporządzenia, nieodwołalnie wiodą do wytworzenia włókniaka. Jakkolwiek więc osobiście mało miałem możności stwierdzenia tej tezy, jednak nie mam powodu podawać jej w wątpliwość, tem więcej, że Ott, jak wiadomo, rozporządzał bogatym materjałem. A teza ta znów zupełnie harmonizuje z ogólną teorją powstawania włókniaków, którą zamierzam teraz rozwinąć.

Pomijając przypadki niedokładnie obserwowane, możemy stwierdzić, że pewna część włókniaków powstaje przy zmienionych przydatkach, inna część przy nadmiernem przodozgięciu macicy, inna jeszcze przy szczególnie bolesnych perjodach z tyłopochylonej lub tyłozgiętej macicy. Czy to są wszystko koincydencje przypadkowe, czy też jest w tem wszystkiem jakaś wspólna causa movens?

Wracając myślą do miejscowych bodźców Virchowa, uwzględniając, że jednak nowotwór omawiany, to tkanka mięsna, pochodząca według wszelkiego prawdopodobieństwa z warstwy mięsnej macicy, mimowoli skłaniamy się do wniosku, że *utrudniona praca mięśnia macicznego może wywołać nieprawidłowy rozrost poszczególnych jego odcinków.* Trudno tu mówić ściśle o warunkach patologicznych tej pracy mięśniowej wtedy, gdy fizjologja nie powiedziała nam w tym względzie jeszcze ostatniego słowa. Musimy się ratować porównaniem, nawet w pełnej świadomości, że porównanie nie jest jeszcze dowodem. Przy poronieniu praca mięśniowa macicy nie ulega wątpliwości; przy nadmiernem przodozgięciu macicy i towarzyszącem mu zwężeniu kanału bóle są niemal identyczne, jak przy poronieniu i to trwa dopóty, dopóki, jak należy przy-

puszczać, praca mięśnia macicy nie utoruje swobodnego odpływu krwi. Zgodzimy się, że choć perjod jest zjawiskiem fizjologicznem, ale konieczność pracy usilnej ze strony mięśnia jest bodźcem patologicznym. Takie same warunki znaleść możemy w niektórych postaciach tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy.

Przeszczepiając myśl o nadmiernej pracy mięśnia macicznego na przypadki chorób przydatków macicznych, wywołujących powstawanie włókniaków, musimy uznać za prawdopodobne, że tam, gdzie nabłonek migawkowy zdrowy mógłby sam ewentualnie wystarczyć do przesuwania jajka, tam w warunkach chorobowych, gdzie o migawkach niema i mowy, mięsień jajowodowy i maciczny musi okazywać swą czynną pomoc. Że mięsień jajowodu ma swoją rolę, wnosić można już choćby z analogicznej budowy mięśnia jelit, moczowodów, ściany naczyń krwionośnych; a mięsień maciczny wszak nie jest niczem innem, jak przedłużeniem warstw mięśniówek jajowodowych z dodaniem niektórych warstw pomocniczych. Być może, że mięsień maciczny i jajowodowy współdziała i przy przesuwaniu nasienia oprócz samoistnego ruchu plemników; być może, że nie zachowuje się on obojętnie i przy pękaniu pęcherzyka Graafa.

Choć dużo jest jeszcze hypotetycznego w teorji mojej, tezę swoją już formułuję tak: Każda przeszkoda w miesiączkowaniu, jajeczkowaniu i zapładnianiu, wymagając nadmiernej a powtarzającej się pracy poszczególnych okręgów mięśnia macicznego, wieść może do powstawania włókniaków.

Zarzuci mi kto, że w takim razie każda choroba przydatków musiałaby prowadzić niechybnie do powstawania włókniaków. Sądzę, że zbyt silne schorzenia przydatków wykluczają wędrówkę jajka, a więc i pracę mięśnia macicy.

I jeszcze jeden zarzut spotkać mnie może: dlaczego w takim razie nie ulega przerostowi mięsień całej macicy, jak to bywa w ciąży, a tylko pojedyncze jego okręgi? Na szczęście tu się kończą osobiste moje hipotezy, a odpowiedź wystarczającą znajdujemy w odczycie Roberta Meyera w Towarzystwie ginekologiczno-położniczem berlińskiem w roku 1907 i w jego ostatniem słowie zamykającem dyskusję. Preparaty mikroskopowe Meyera wykazują przedewszystkiem przejście stopniowe od tkanki mięśniaków do prawidłowych włókien mięsnych macicy w guzach zaledwie się rozpoczynających. Dokoła włókniaków znajdują się zgrubiałe włókna warstwy mięsnej, stanowiące niejako fazę przerostu, przejściową od sprawy prawidłowej do włókniaka. Wraz z Cohnheimem sądzi Meyer, że rozrost włókien mięsnych odbywa się tylko w specjalnych grupach komórek, które w warunkach chorobowych doprowadzić mogą do wytworzenia włókniaków. Większość guzów powstaje z zabłąkanych grup komórek; takie grupy znajdowano u płodów, budowa ich była odmienna.

Guzy powstające z części narządów, a budową swą zupełnie odpowiadające owym narządom, stanowią również dziś fakt niezbity, a dowodzący wrodzonych zacządków tych guzów. W warunkach fizjologicznych znajdujemy również grupy komórek, które długi czas są w stanie uśpienia: włosy, zęby, narządy rodne. Dla powstawania metaplazji potrzeba, aby dane komórki straciły najpierw swe własności, następnie były jakiś czas niezróżnicowane, a następnie nabrały właściwości nowych. W tych warunkach nie tyle forma komórki musi być zmienioną, ile zmienione być muszą pobudki funkcjonalne. Rozrost włókniaków nie odbywa się przez nawarstwienie, lecz od środka. Widzimy tedy, że według Meyera istnieją fizjologicznie grupy komórek, przeznaczone do rozrostu danego narządu; pod wpływem zmienionych pobudek funkcjonalnych następuje rodzaj metaplazji, wytworzenie się i rozrost guza. Myśli moje, rzucone w tej pracy są, jak sądzę, rozwinięciem poglądów Virchowa i Meyera, są rozszerzeniem zapatrywań Otta. Co się tyczy wniosków Pinarda, to odrzucając wpływ bezpłodności, jego pogląd na zbyt późno następujący poród pierwszy, należy pogłębić istnieniem nieleczonego lub bezskutecznie leczonego nadmiernego przodozgięcia, tyłozgięcia, tyłopochylenia macicy, które zdążyło wywrzeć swój wpływ szkodliwy, zanim pierwsza ciąża nastąpić zdołała; pogląd zaś na zbyt wczesny poród ostatni należy pogłębić również przyczyną wywołującą, t. j. występującą już wtedy chorobą przydatków w następstwie zakażenia. Być może, że fakty, stwierdzone przez Pinarda, mają swe źródło i w przeszkodach celowo stawianych zapłodnieniu na terenie narządów rodnych zupełnie zdrowych: to nie zmienia mej formuły, gdyż i w tych warunkach możemy mieć do czynienia z nadmierną pracą mięśnia macicy.

Piśmiennictwo. 1. Veit. Handb. d. Gyn. — 2. Facile et Siredey. Traité de gyn. méd. chirurgicale. — 3. Müller. Zntrbl. f. Gyn. 1900. — 4. Rizzuti. Arch. ital. di gin. 1899, 3, Zntralbl. f. Gyn. 1900. — 5. Tridondani. Annal. di ostet. e. gin. 1899. Zntralbl. f. Gyn. 1900, s. 1149. — 6. Strassman u. Lehmann. Arch. f. Gyn. t. 56, z. 3, Zntrb. f. Gyn. 1899, s. 61. — 7. Claisse. Th. de Paris 1900, Zntrb. f. Gyn. 1902, s. 79. — 8. Cullingworth. Journ. of Obstetr. 1902. Zntrb 1902, s. 292. — 9. M. Jones. Med. Record. 1901, Zntrbl. f. Gyn. 1902, s. 485. — 10. Debersagues. Journ. de chir. t. 1, nr 12, Zntrbl. f. Gyn. 1902. — 11. Daniel. Revue de gyn. d. 7, z. I, Zntrbl. f. Gyn 1903. — 12. Hundt. Ueber Adnexerkrank. bei Uterusmyomen Dissert. Zntrbl. f. Gyn. 1904, s. 18. — 13. James Watt-Keen. Zur Pathol. d. Uterusmyome etc. Dissert. Cntrbl. f. Gyn. 1904. — 14. Devaux. Paris Thése Zntrbl. f. Gyn. 1905, s. 178. — 15. Pinard. Annal. de gyn. 1905, Zntrbl. f. Gyn. 1905. — 16. Ycard. These de Paris. De l'etiologie des fibromyomes des uterus en particulier chez les femmes multipares. — 17. Robert Meyer. Zntrbl. f. Gyn. 1907, s. 1244. — 18. I. W. Bovee. Journ. Amer. med. Ass. 1905. 25 maja. — 19 Ott. Zntrbl. f. Gyn. 1905. — 20. Seitz. Münch. med. Woch. 1911, nr 21. — 21. Henkel. Ther. d. Gegenwart. 1911, Zntrbl. f. Gyn. 1912, s. 106 — 22. Freund. Zeitschr. f. Gyn. t. 7, z. 1. — 23. Schneider. Unfall u. Gyn. Erkrank. insbesond. Myom. Inaug. Diss München 1912. Zntrbl. f. Gyn. 1914. — 24. Benthin. Zntrbl. f. Gyn. 1914. — 25. Ulesko-Straganowa. Zntrbl. f. Gyn. 1914. s. 980.

Piśmiennictwo bieżące.

Levaditi i Harvier. **Badania doświadczalne śpiączki pląsawiczej**[1]). (Annal. de l'Inst. Pasteur 1920, Nr. 12). Już Wiesner w r. 1917 próbował przeszczepić zarazka śpiączki pląsawiczej na małpę; używszy zawiesiny tkanki mózgowej ze śmiertelnego przypadku Economo'a, wywołał on wprawdzie przez szczepienie podoponowe u małpy zachorowanie w kilka godzin z zejściem śmiertelnem po 46 godzinach i obrazem wybroczynowego zapalenia mózgowia, jednakże była to prawdopodobnie sprawa innej przyrody, niż śpiączka pląsawicza. W maju 1919 stwierdzili bowiem badacze amerykańscy Strauss, Hirschfeld i Loewe oraz Mc Intosh i Turnbull, że okres wylęgania w zakażeniu doświadczalnem jest o wiele dłuższy i że małpy nie nadają się do doświadczeń, bo ulegają zakażeniu temu trudno. L. i H. prowadzili od grudnia 1919 przez rok liczne i bardzo rozmaite badania śpiączki pląsawiczej, posługując się materjałem z kilku śmiertelnych przypadków u ludzi. Próby przeniesienia choroby na małpy zrazu zupełnie się nie udawały; w lutym 1920 powiodło się pierwsze przeszczepienie na króliki. Zarówno u ludzi, jak i królików stwierdzili L. i H. przy braku zmian widocznych gołem okiem, drobnowidowe obrazy, charakterystyczne dla śpiączki pląsawiczej, a opisywane już przez wielu autorów. Polegają one na naciekach komórkowych bądź w postaci płaszcza około naczyń krwionośnych, bądź w postaci ognisk w różnych miejscach mózgowia; nacieki te są złożone z komórek limfoidalnych i większych jednojądrowych, oraz plazmatycznych. Leukocyty wielojądrzaste prawie nie biorą tu udziału (w przeciwieństwie do nagminnego zapalenia przednich rogów — poliomyelitis anterior acuta). W wielu przypadkach (ale nie zawsze) zdarza się też neuronofagia, t. j. niejako nadżeranie przez komórki nacieku komórek nerwowych, uległych zmianom wstecznym; jest ona jednak mniej wybitna, niż w zapaleniu rogów przednich. Zmiany te sadowią się najczęściej w okolicy komory czwartej, w moście, opuszce rdzenia, w szypułkach mózgowych, ale zdarzają się też i w częściach korowych mózgu i w rdzeniu; od ich różnej siedziby zależą różnice obrazów klinicznych. Wnioski ogólne, do których doszli L. i H., są następujące: 1) Zarazek śpiączki pląsawiczej jest chorobotwórczy dla królików i świnek morskich; małpy są nań bardzo odporne. 2) Zmiany anatomiczne i objawy kliniczne są w zakażeniu doświadczalnem u zwierząt prawie takie same, jak u ludzi. 3) Zarazek śpiączki pląsawiczej jest mikrobem, przechodzącym przez sączki (porcelanowe), zachowuje swą żywotność w glicerynie, ginie w 56° C. i pod wpływem dłuższego działania kwasu karbolowego, a pozostaje jadowitym conajmniej przez dwie doby po śmierci zakażonych zwierząt. 4) Zakażenie sztuczne udaje się u królików drogą domózgową, przez oko i nerwy obwodowe; nie udaje się po zaszczepieniu podskórnem, dożylnem, do jamy otrzewnej, przez drogi odde-

---

[1]) Nazwa »śpiączka pląsawicza«, obejmująca obie główne grupy objawów, a utworzona na wzór nazwy »drżączki porażnej« (paralysis agitans), wydaje mi się najpraktyczniejszem, bo krótkiem a dostatecznie rzecz objaśniającem tłómaczeniem nazwy »encephalitis lethargica et choreiformis«. Określenie »śpiączka nagminna« nie byłoby natomiast wystarczające, bo nie odróżniałoby śpiączki pląsawiczej od innej, także nagminnej, śpiączki świdrowcowej (podzwrotnikowej). C.

chowe, pokarmowe i do ślinianek; po wstrzyknięciu do jąder utrzymuje się w nich zarazek conajmniej przez 17 dni i wywołuje typowe objawy i zmiany mózgowe. 5) Nienaruszona błona śluzowa nosa nie przepuszcza zarazka, natomiast staje się wrotami zakażenia w razie uszkodzenia i zapalenia. Zarazek posuwa się wtedy do mózgu prawdopodobnie przez nerwy węchowe. 6) Zarazek znajduje się w mózgu i rdzeniu, niema go natomiast w innych narządach, w płynie mózgowordzeniowym, we krwi; na zewnątrz wydostaje się zarazek z wydzielinami nosowogardłowemi. (Strauss i tow. stwierdzili jadowitość tych wydzielin dla zwierząt). 7) Nagminne szerzenie się choroby odbywa się za pośrednictwem nosa i gardła; w pierwszym rzędzie szerzą chorobę roznosiciele zarazka i lekko chorzy (przypadki poronne). 8) Zakażenie doświadczalne nie kończy się samorodnem wyleczeniem, więc też tym sposobem nie uzyskano odporności u zwierząt; uzyskano ją natomiast zapomocą szczepionek; nie jest ona bezwzględną, lecz jest dość wyraźną, by się nadawać do badania. 9) Surowica zwierząt uodpornionych szczepionką nie działa zabójczo na zarazki »in vitro«, ani nie działa zapobiegawczo. 10) Tosamo dotyczy surowicy ludzkiej — ozdrowieńców. 11) Zmiany histologiczne i eksperyment dowodzą, że zarazek śpiączki pląsawiczej różni się od zarazka zapalenia przednich rogów; niema odporności skrzyżowanej w tych chorobach. 12) Niektóre ostre gorączkowe przypadki pląsawicy, spostrzegane obecnie, są wywołane przez zarazka śpiączki pląsawiczej [2]). 13) Zarazek ten ma odmiany mniej jadowite. 14) Zarazek ten daje się utrzymać przez czas dłuższy w symbiozie z komórkami »in vitro« (sposobem Carrela). C

Sprawy sanitarne i zawodowolekarskie w Sejmie.

Dzięki uprzejmości kol. Dr Stefana Karp' Rottermunda, posła m. Warszawy, a przewodniczącego Sejmowej Komisji zdrowia publicznego, możemy według autentycznych sprawozdań tej komisji, przedłożonych Sejmowi, podać główne zasady kilku ważnych ustaw, które Sejm wkrótce uchwali lub już uchwalił.

Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie polskiem, której projekt wniósł był do Sejmu poseł Dr Rottermund, obejmuje w rzeczywistości szerszy zakres, niż zapowiada jej tytuł. Już bowiem w art. 1. postanawia ona utworzenie Izb lekarskich »w celu współdziałania z Ministerstwem zdrowia publicznego w sprawach wykonywania praktyki lekarskiej«, ale także »w zadaniach publicznej opieki nad zdrowiem, a zarazem dla stworzenia stałego zastępstwa stanu lekarskiego«. Prawo praktyki (art. 2) oprócz lekarzy, którzy uzyskali dyplom w polskich wszechnicach państwowych, mają bez osobnej nostryfikacji tylko ci lekarze z dyplomami niemieckiemi i austrjackiemi, którzy je uzyskali przed jesienią 1918, lub rosyjskiemi, którzy je uzyskali przed jesienią 1917. Lekarze dyplomowani w Polsce zyskują prawo praktyki tylko po jednorocznej praktyce szpitalnej, »odbytej bądź w okresie studjów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu«. Lekarze, chcący praktykować, muszą się wpisać (art. 3) w Izbie lekarskiej, a potem w Państwowym Urzędzie zdrowia; tylko też oni mają prawo używać tytułu »lekarz« (art. 8). Sprawę tytułu specjalisty określi osobna ustawa (art. 9). Art. 9 zakazuje bezprawnego używania tytułów, oraz nadużywania reklamy; przekroczenia w tym względzie karze Izba lekarska. Art. 10 określa utratę prawa praktyki; nastąpić to może wskutek a) ubezwłasnowolnienia (choroby umysłowej), b) utraty praw (wyroku karnosądowego), c) odebrania (na stałe lub na pewien czas) przez Ministra zdrowia na wniosek Izb lekarskich. Art. 12 nakłada obowiązek tajemnicy lekarskiej, z wyjątkiem wobec sądów i władz według przepisów obecnie istniejących i z wyjątkiem przypadków, »w których interesowana osoba lekarza od tego obowiązku zwolni«. Art. 13 zakazuje lekarzom zajęć, nie odpowiadających godności stanu (o czem rozstrzyga bez apelacji Izba lekarska). Art. 15 nakłada obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym nagłym przypadku; odmówienie jej wtedy bez dostatecznego usprawiedliwienia będzie ścigane dyscyplinarnie nawet, gdy sprawa nie podlega przepisom ustawy karnej. Poza temi nagłemi przypadkami oraz stosunkiem służbowym lub umownym (lekarze ubogich, kas chorych, kolejowi, komunalni, fabryczni) nie może jednak być lekarz zmuszony do leczenia chorego (art. 16). Wyjątek od tego tworzy wszakże art. 17, dający prawo Ministrowi zdrowia powoływać do publicznej służby cywilnej każdego lekarza, bez względu na miejsce zamieszkania, a to do 35 r. ż. dla zwalczania epidemij, a do 42 r. ż. w czasie wojny. Powołanie takie do walki z epidemjami może wszakże nastąpić tylko w czasie wyjątkowo groźnych epidemij i klęsk elementarnych, tylko na czas ich trwania i o ile nie zgłosi się dostateczna liczba lekarzy dobrowolnie; przytem musi być wysłuchana opinja Rady ministrów, a przy reklamacjach musi być wysłuchana opinja Izby lekarskiej. Artykuł ten zapewnia lekarzom tak powołanym wynagrodzenie takie, jak wojskowym w czasie wojny, ubezpieczenie, a w razie śmierci pensję dla wdowy i sierot. Art. 18 do 21 określa sprawę wykonywania praktyki w kilku miejscowościach, sprawę przesiedlenia się i zgłaszania do Izby i Urzędu zdrowia. Art. 22 normuje sprawę wynagrodzenia za pomoc w nagłych przypadkach. Art. 23, dotyczący wogóle wynagrodzeń za praktykę prywatną, zastrzega, że jeżeli lekarz pobiera honorarja wyższe od »norm, ustanowionych dla danego okręgu«, to musi o tem uprzedzać interesowanych bądź ustnie, bądź przez ogłoszenie wywieszone w lokalu ordynacyjnym; jeżeli oddzielnej umowy o wynagrodzenie nie zawarł, to lekarz musi (art. 24) przyjąć je według taryfy, »ogłaszanej w stałych odstępach czasu przez odnośny Urząd zdrowia w porozumieniu z Izbą lekarską«. Art. 25 nakłada obowiązek pisemnych umów o posady stałe w przedsiębiorstwach prywatnych oraz kasach chorych, związkach i stowarzyszeniach; w razie wprowadzenia w tych umowach zmian warunków pracy i zniżki wynagrodzenia w stosunku do zasadniczych norm, ustalonych dla danego okręgu, zastrzega ustawa zatwierdzenie umowy przez Izbę lekarską. Art. 26 przepisuje normy świadectw lekarskich. Art. 27 przekazuje państwowym Urzędom zdrowia publ. zakres działania Izb lekarskich do czasu wprowadzenia w życie ustawy o Izbach lekarskich.

Komisja zdrowia publicznego, przedkładając ustawę tę Sejmowi, zaznacza, że wysłuchała »opinji miarodajnych czynników, przedewszystkiem reprezentacji istniejących Izb lekarskich, Związku lekarzy polskich i t. p. w porozumieniu z Rządem«. Stąd zapewne pochodzą zastrzeżenia i ograniczenia w art. 17 (powołanie lekarzy do walki z epidemjami), łagodzące jego rygory, nie w tym jednak stopniu, aby ten artykuł nie spotkał się z silnym protestem ogółu lekarzy. Stwarza on »prawa wyjątkowe« dla lekarzy; nie można go zestawiać ze służbą wojskową, która obowiązuje wszystkich obywateli na równi. Zawód lekarski był dotąd zawodem wolnym i lekarze nie byli urzędnikami, którychby można dowolnie przenosić z miejsca na miejsce. Nie znajdzie też uznania w kołach lekarskich art. 24. Nie chodzi tu o samą taryfę lekarską, bo ją w pewnych okolicach lekarze dobrowolnie wprowadzili, tylko o to, że ustawa narzuca w tym względzie przymus w całem Państwie, a wysokość taryfy oddaje »de facto« w ręce Urzędu zdrowia. Wprawdzie Urząd zdrowia ma ją ogłaszać »w porozumieniu z Izbą lekarską«, cóż będzie jednak, jeśli Urząd zdrowia... nie będzie z Izbą w porozumieniu, albo nawet będzie... w nieporozumieniu, bo i to zdarzyć się może. Znaczne wątpliwości budzi w obecnej swej kodyfikacji koniec art. 12, o zwolnieniu lekarza z tajemnicy przez »osobę interesowaną«. Niestety zapóźno na dyskusję, gdy ustawa stoi tuż przed trzeciem czytaniem; dlatego nie poruszamy też kwestyj, nasuwających się przy art. 16. Przejściowy art. 27 nie miałby wielkiego znaczenia praktycznego, jeżeli ustawa o Izbach lekarskich wejdzie w życie równocześnie z »ustawą w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej«; w przeciwnym razie mógłby być źródłem bardzo niepożądanych zawikłań. A przytem nie każdy się zgodzi z teoretyczną konstrukcją tego artykułu.

Można się obawiać, że niektóre postanowienia ustawy, jeśli pozostały w obecnej formie, okażą się niewykonalne, a artykuł 17 mógłby bardzo ujemnie wpłynąć na młodzież i odstraszyć ją od studjów lekarskich, a przez to zahamować dostateczny przyrost lekarzy w Polsce. Słyszeliśmy, że Izba lekarska lwowska zaprotestowała przeciw ustawie w obecnej jej formie.

Ustawa o Izbach lekarskich, której projekt wniósł do Sejmu również poseł Dr Rottermund, oparta jest na wzorach tych państw europejskich, w których Izby istniały i uwzględnia poczęści zapatrywania, jakie w nowszych czasach podnoszono co do Izb w kołach lekarskich. Ponieważ zapatrywania te niejednokrotnie znalazły wyraz i w »Przeglądzie lekarskim« i są powszechnie znane, przeto, zamiast streszczać całą ustawę, wystarczy tu wspomnieć, że kompetencja Izb lekarskich w Polsce obejmować ma wszystkie sprawy, dotyczące interesów, zadań, celów, godności i powagi stanu lekarskiego, oraz sprawy odnoszące się do pieczy o zdrowie publiczne (art. 3); że Izby mają zakładać i prowadzić instytucje zabezpieczające lekarzy, oraz wdowy i sie-

[2]) Może i wogóle t. zw. gośćcowa (ostra) pląsawica? C.

roty po lekarzach (art. 4). Ustawa przewiduje Walne Zjazdy wszystkich Izb (art. 9). Do Izby należą także lekarze rządowi, komunalni i wojskowi, o ile praktykują prywatnie (art. 10). Zarząd Izby ma się składać z 9 do 20 członków (art. 13). Wyboru do Zarządu odmówić mogą tylko ponownie wybrani lub liczący ponad 60 lat życia (art. 22). Ustawa wprowadza przymus wyborczy (art. 18). Rada honorowa jest władzą odrębną od Zarządu Izby, jednakże Zarząd może otrzymać mandat urzędowania także jako Rada honorowa, a członek Zarządu może być wybrany także członkiem Rady (art. 29 i 30). Kary dyscyplinarne (ostrzeżenie, napomnienie, nagana) mogą być zaostrzone ogłoszeniem wyroku z podaniem nazwiska skazanego, odebraniem (na jedną kadencję) praw wyborczych do Izby, grzywną do 10.000 Mk. Wyjątkowo może nadto Rada honorowa przedłożyć Ministrowi zdrowia wniosek o odjęcie prawa praktyki (art. 33). Przy Ministerstwie zdrowia istnieje odwoławcza Honorowa Rada dyscyplinarna, złożona z 6 członków: 4 przedstawiają Izby lekarskie, 2 zaś jest zawodowych sędziów (art. 40).

Ustawa o felczerach, wniesiona przez Rząd, zmierza do zupełnego zniesienia felczerstwa, a do jasnego określenia stanowiska i praw felczerów jeszcze istniejących. Wniesienie tej ustawy przez Rząd musi spotkać największe uznanie. Niestety ustawa ta weszła pod obrady dopiero Sejmowej Komisji zdrowia publicznego, gdzie w obradach uczestniczyli delegaci Związku felczerów, a referentem był również poseł-felczer.

Ustawa o Naczelnym Komisarzu do walki z epidemjami nietylko przelewa na tego komisarza kompetencje Ministra zdrowia w zakresie walki z epidemjami, ale nadto, zupełnie uniezależniając Naczelnego Komisarza od Ministerstwa zdrowia, nadaje Komisarzowi bardzo szerokie inne kompetencje i prawa wkraczające w atrybucje innych Ministerstw, jak uwzględnienie potrzeb komisarjatu na równi z potrzebami armji w polu, pomoc wszystkich władz państwowych, prawo wydawania powszechnie obowiązujących zarządzeń. Komisarz, mianowany przez Naczelnika Państwa, bierze udział w obradach Rady ministrów w sprawach, dotyczących zakresu swego działania i Radzie ministrów przedkłada swe sprawozdania.

Ustawa przeciwalkoholowa, uchwalona już także przez Sejm, jest powszechnie znana. Przeprowadzenie tej ustawy w Sejmie jest wielką zasługą Komisji zdrowia publicznego.

Ustawa o zdrojowiskach i uzdrowiskach, przedłożona przez Rząd, zmierza do uregulowania sprawy zdrojowisk i uzdrowisk nietylko z punktu lecznictwa i higieny, ale także z punktu ekonomicznych interesów kraju. Ustawa określa warunki i sposoby przyznawania zdrojowiskom i uzdrowiskom charakteru użyteczności publicznej i wynikające z tego charakteru prawa. Dalej ustanawia ustawa okręgi ochrony górniczej źródeł mineralnych i okręgi ochrony sanitarnej. Wreszcie stwarza ustawa komisje zdrojowe i klimatyczne i określa ich zakres działania. r.

Lekarze okręgowi w Małopolsce nadaremnie oczekują dotąd odpowiedzi na podania, które Związek lekarzy okręgowych wniósł był jeszcze w lipcu 1919 do Ministerstwa zdrowia, do Sejmu na ręce Marszałka i do Sejmowej Komisji sanitarnej na ręce jej prezesa Dr Rottermunda. Lekarze okręgowi, na których w wielkiej mierze polegała walka z epidemjami i z których też w ostatnich kilku latach około 40 przypłaciło to życiem, pobierają do dziś dnia płace przedwojenne (tysiąc koron rocznie), a wdowy po nich otrzymują miesięcznie dwadzieścia osiem marek emerytury!

Sprostowanie. W streszczeniu artykułu Cammidgea w Nr. 1. b. r. str. 13, szp. 1 opuszczono w wierszu 14 zdanie: »Nadmiar białka i tłuszczów, po wyłączeniu węglowodanów, musi wywoływać zaburzenia«, a w dopisku (szp. 2) zamiast »Lympathetic« ma być »Sympathetic«.

Wiadomości bieżące.

O Ministerstwo zdrowia. Rada ministrów w toku obrad nad statutami ministerstw oświadczyła się 8. II. 1921 za utrzymaniem Ministerstwa zdrowia.

Z Towarzystw lekarskich. Dnia 3. lutego b. r. odbyło się doroczne Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa neurologiczno-psychiatrycznego w Krakowie. Na posiedzeniu tem uchwalono zmienić nazwę na Towarzystwo neurologiczne w Krakowie, z powodu mającego powstać odrębnego Towarzystwa psychiatrycznego i wybrano ponownie dawny Wydział Towarzystwa, w skład którego wchodzą: Prof. Piltz, jako prezes, Dr Zagórski wiceprezes, Dr Pieńkowski sekretarz administracyjny, Dr Rose sekretarz naukowy, Dr Artwiński skarbnik.— Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie wybrało w d. 7. II. 1921 następujący zarząd: prezes B. R. Gepner (ponownie), wiceprezes mjr. Dr Stefan Lewicki, sekretarz i skarbnik kpt. Dr Br. Koziorowski. — W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem miał 23. II. 1921 prof. Dr Godlewski, naczelny nadzw. komisarz do walki z epidemjami, wykład: »O epidemjach w Polsce«.

Komitet lekarski francusko-polski zawiadamia Kolegów, że termin zgłaszania abonamentów na czasopisma francuskie, wydawane przez firmę Masson et Cie, został przedłużony do końca marca b. r. Adres komitetu w Warszawie: ul. Widok 23 (w lokalu Stowarzyszenia lekarzy), adres subkomitetu w Krakowie: doc. Dr M. Gieszczykiewicz (ul. Czysta 16). (Jeden frank liczy firma Masson et Co po 5 mkp.). — Komitet i subkomitety przekształcają się obecnie w Towarzystwo lekarskie francusko-polskie, (o czem bliżej w następnym numerze »Przeglądu lek.«).

Wydawnictwa. »Pedyatrya polska« miała być wznowiona od stycznia b. r. w Warszawie jako kwartalnik pod redakcją M. Michałowicza i W. Szenajcha.

»Nowiny lekarskie« mają podobno wznowić wydawnictwo, czem ma się zająć komitet z udziałem prof. Dr Jurasza. Nasuwa się jednak pytanie, czy w obecnej chwili będzie to wznowienie na czasie, gdy nasze czasopiśmiennictwo walczy z niezmiernemi trudnościami i należy siły i środki skupiać, a nie rozpraszać?

Odezwa Autorowie polskich lekarskich dzieł i artykułów, pragnący wzmianki i streszczenia w czasopiśmie »Internacia Medicina Revuo«, wychodzącem w języku esperanckim w Budapeszcie, zechcą przesłać pod moim adresem egzemplarz pracy

i dołączyć krótkie streszczenie, napisane czytelnie po polsku w 6—25 wierszach. — Dr M. Blassberg (Kraków, Starowiślna 18).

Walka z epidemjami. Rząd przedłożył Sejmowej Komisji sanitarnej sprawozdanie o zwalczaniu duru plamistego, powrotnego i cholery z uwzględnieniem działalności Naczelnego Komisarza do walki z epidemjami. Sprawozdanie to było przedmiotem dyskusji na dwu posiedzeniach komisji. Komisarjat epidemiczny Ligi narodów rozpoczął swoją działalność w Polsce, głównym kierownikiem komisarjatu w Polsce jest Dr Norman White, z ramienia komisarjatu przebywa w Warszawie pułkownik Gauthier.

Misja sanitarna amerykańska, złożona z 16 lekarzy z podpułk. Dr Pletzem na czele przybyła, jak donoszą dzienniki (z 17. II. b. r.), do Warszawy, aby w porozumieniu z Ministerstwem zdrowia krzewić wśród ludności higjenę przez budowę kąpieli, stacji dezynfekcyjnych, odwszawiarni. oraz roztoczyć opiekę nad dziećmi przez tworzenie przychodni i szpitali.

Czkawka epidemiczna. Dowiadujemy się, że przypadki czkawki epidemicznej spostrzegano podobno w ostatnich tygodniach w zachodnich powiatach Małopolski. Należałoby zwrócić na nie baczną uwagę, bo mogą one być zapowiedzią wzmożenia się śpiączki nagminnej (encephalitis lethargica choreiformis), z którą, jak się zdaje, mają jednakowe tło etjologiczne. Na ten związek obu chorób wskazują zwłaszcza spostrzeżenia, zebrane w ostatnich czasach we Francji, jak n. p. Lemoinea, Nettera, Rathery i Bordeta (Soc. medic. des hôp. de Paris 21. i 28. I. i 4. II. 1921) i Gardérea (Soc. med. des hôp. de Lyon 18. I. 1921).

Choroby zakaźne w Krakowie od 9. do 29. I. 1921: Płonica 30, † (zmarło) 2, błonica 4 † 1, dur brzuszny 47 † 7, czerwonka 1 † 1, nagm. zapalenie opon 1, dur plamisty 13 † 1, śpiączka pląsawicza nagm. 3 † 1. — (W wojsku pojawiała się czerwonka, dur plamisty i powrotny; między ruchem chorych w wojsku i wśród ludności cywilnej nie widać żadnej równoległości).

Zmarli:

Dr Kazimierz Dziembowski w Poznaniu w 61 r. ż. Dr Dziembowski był autorem całego szeregu prac, zamieszczanych przeważnie w »Nowinach lekarskich« poznańskich, ale również w »Przeglądzie lek.«. (Wlewanie podskórne w terapji 1902 r.), w »Lekarzu wojskowym« (Badanie i liczenie ciałek białych, jako czynnik rozpoznawczy w chorobach zakaźnych, 1920), »Therapie der Gegenwart« i »Berliner klin. Woch.«. Najbardziej znane są prace jego o wagotonji, ogłaszane po polsku i po niemiecku. Przez szereg lat, po ustąpieniu Dr Łazarewicza, redagował »Nowiny lekarskie«. Swoje wielkie doświadczenie zebrał w dziełku: »Krótki rys diagnostyki, oraz metod badania klinicznego«, wydanem w r. 1920 w Poznaniu niedługo przed śmiercią. W lipcu 1920 wstąpił Dr Dziembowski pomimo podeszłego wieku jako ochotnik do armji i pracował jako lekarz naczelny szpitala chorób wewn. w Poznaniu.

Dr Teofil Latoszyński, lek. kap. W. P. w Przemyślu (z duru plamistego); Jan Siedlecki, b. dyrektor szpitala, w 56 r. ż. w N. Sączu; Stanisław Nawrat, lekarz miejski w Skawinie; Gustaw Musielewicz, kierownik szpitala epidemicznego w 52 r. ż. w Buczaczu (z duru plamistego); Szymon Enoch, lek. por. W. P., w 27 r. ż. w Krzemieńcu.

Redakcja otrzymała: Gieszczykiewicz: 1) Recherches sur le spirochaeta icterohemorrhagiae Inada et Ido. (Annal. Pasteur 1920). 2) Sur des corpuscules apparaissant dans les cultures de spirochaeta icterohaemorrhagica. (Soc. de biol. 1920).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski**

MINISTERSTWO ZDROWIA PUBLICZNEGO.

Nr VIII. $\frac{5628}{123}$ 21. 180

KONKURS.

Ministerstwo zdrowia publicznego niniejszem rozpisuje konkurs na **posady lekarza zakładowego w państwowych zdrojowiskach w Busku, Ciechocinku i Krynicy.**

Do posady lekarza zakładowego przywiązane są pobory VI stopnia służbowego urzędników państwowych wraz ze wszystkiemi dodatkami. Ponadto lekarze ci otrzymują mieszkanie, opał i światło za potrąceniem ich wartości z poborów ogólnych na zasadach ustalonych dla urzędników państwowych.

Warunki konkursu są następujące:
1) obywatelstwo polskie,
2) dyplom lekarski upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej,
3) znajomość lecznictwa zdrojowego.

Posady są do objęcia od 1. kwietnia 1921 roku.

Podania z dołączeniem odpisów dyplomów i świadectw względnie ze wskazaniem osób, mogących udzielić referencji oraz curriculum vitae i ewentualnym wykazem prac naukowych nadsyłać należy do Ministerstwa zdrowia publicznego Wydział VIII (Warszawa, Aleja Belwederska Nr 3) do dnia 15. marca 1921 r.

Instrukcję, obowiązującą lekarza zakładowego, przeglądać można w godzinach urzędowych: w Warszawie w Ministerstwie zdrowia publicznego (Wydział VIII Zdrojowisk i Uzdrowisk), we Lwowie w Okręgowym Urzędzie zdrowia, w Krakowie w Ekspozyturze Okręgowego Urzędu zdrowia, w Poznaniu i Toruniu, w Lublinie i w Łodzi w Wojewódzkich Urzędach zdrowia.

KONKURS.

Magistrat m. Zgierza ogłasza niniejszem konkurs na posady:

1) lekarza szpitala miejskiego, składającego się z oddziału dla chorób wewnętrznych i zewnętrznych i chorób zakaźnych;
2) lekarza szkolnego, który miałby za zadanie stworzyć opiekę higjeniczno-lekarską nad 3.000 dzieci w 55 kompletach szkół powszechnych w Zgierzu.

Warunki płacy podług umowy. 178

Lekarze-specjaliści mają pierwszeństwo.

Oferty składać należy do 20. lutego r. b. do Magistratu m. Zgierza.

Burmistrz m. Zgierza.

KONKURS. 179

Na posadę lekarza okręgowego:

w Narajowie mieście	z płacą roczną 980 M.	i ryczałtem rocz.	560 M.
w Kozłowie	» » 700 »	» »	490 »
w Kozowie	» » 840 »	» »	420 »

a nadto do każdej z tych posad dodatek miesięczny po 70 Mk. i 50% dodatek do ryczałtu. Regulacja poborów powyższych jest w toku załatwienia przez Ministerstwo zdrowia publ. w Warszawie.

Posada nadaną zostanie na razie prowizorycznie, a po roku służby nastąpić może stabilizacja.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcja służbowa z dnia 6/10 Dzukr. Nr 148.

Należycie ostemplowane podanie przy dołączeniu dyplomu i dowodu, że kandydat odbył najmniej dwuletnią praktykę w szpitalu ewentualnie zakładzie leczniczym wnosić należy najdalej po dzień 31/3 1921 do Wydziału powiatowego w Brzeżanach.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 3 Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcja: Kraków 9, Pluczki 28 Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków. ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i S-ki, nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 10·—, w nadesłanem Mkp. 12·—, w tekscie Mkp. 14·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

Do tego numeru załącza się prospekt firmy KLAWE w Warszawie.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu.

Podał

Jan Piltz

(Według odczytu wygłoszonego 11 marca 1920 r. na posiedzeniu Towarzystwa neurologów i psychiatrów krakowskich).

Z Kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Badania nad dziedzicznością mają dla medycyny ogromne znaczenie, największe chyba jednak w neurologji i psychiatrji.

Pragnąc rozbudzić zainteresowanie do tej dziedziny badań wśród polskich neurologów i psychiatrów, komitet organizacyjny II zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów w Krakowie w roku 1911 zaproponował postawić kwestję dziedziczności jako jeden z głównych tematów obrad tego zjazdu. Zagadnienie to miało być omówione w trzech następujących referatach: 1. dziedziczność z punktu widzenia biologji, 2. rola dziedziczności w neurologji, 3. rola dziedziczności w psychiatrji. Do wygłoszenia pierwszego referatu zamierzał komitet pozyskać jednego z wybitnych naszych biologów. Ponieważ atoli pozamiejscowe grupy neurologów i psychiatrów uznały temat o dziedziczności za zbyt rozlewny i obszerny i obawiały się, czy rzecz cała nie sprowadzi się do referatów zbiorowych, komitet organizacyjny II zjazdu odstąpił od swojej propozycji. II zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów, odbyty w Krakowie w roku 1912, uchwalił jednak, zagadnienie dziedziczności postawić na porządku dziennym przyszłego t. j. III zjazdu.

Problemy z zakresu dziedziczności przedstawiały mi się oddawna nietylko jako wysoce interesujące z punktu widzenia naukowego, lecz również jako mające doniosłe znaczenie praktyczne. W roku 1914 miałem możność w Towarzystwie neurologów i psychiatrów krakowskich wygłosić 2 odczyty, a mianowicie: o homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych[1]) i o homologicznej dziedziczności w przypadkach depresji perjodycznej[2]). W pierwszym odczycie podałem kilka przypadków, w których, zgodnie z obserwacją niektórych autorów francuskich, powiodło mi się wykazać, że syndrom natręctw myślowych powtarza się nieraz przez kilka pokoleń, w drugim — podniosłem, że w przypadkach depresji perjodycznej obok faktu homologicznej dziedziczności, powtarzającej się nieraz przez kilka pokoleń, na co już zresztą i inni autorowie zwracali uwagę, znajdujemy pewną patobiologiczną tendencję w tym kierunku, ażeby poszczególne okresy, występujące u różnych członków tej samej rodziny, trwały mniej więcej jednakowo długo, a wreszcie ażeby pierwszy napad depresji u osobników, pochodzących z tej samej rodziny, ale z różnych po sobie następujących pokoleń, występował mniej więcej w jednej i tej samej fazie ich ontogenetycznego rozwoju.

Obecnie pragnę przedstawić krótko spostrzeżenie z dziedziny psychopatji seksualnej, stanowiące drobny przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu.

W czerwcu 1910 r. zwrócił się do mnie dwudziestoletni młodzieniec N. N. ze skargami na depresję i apatję: że mu życie obrzydło, że nic go nie interesuje i nie cieszy, że się niczem zająć nie może, że czasami tylko ćwiczy się w śpiewie. W dalszej rozmowie podał, że właściwie marzeniem jego byłoby pójść na scenę, że myśli o występach kabaretowych w przebraniu kobiecem, że tylko do tego posiada talent i zamiłowanie, że Pan Bóg do tego go powołał, a tymczasem ojciec o tem ani słyszeć nie chce i pieniędzy na dalsze kształcenie się w tym kierunku mu odmawia.

[1]) Prof. Dr J. Piltz: O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. Przegląd lekarski 1918.

[2]) Prof. Dr J. Piltz: Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresji perjodycznej i manji perjodycznej. Przegląd lekarski 1918, Nr 44.

Przedmiotowo stwierdziłem, że chory jest młodzieńcem o ujmującej powierzchowności, delikatnym i dobrze wychowanym, że mówi 4 językami, że jest jak na mężczyznę w zachowaniu się i postępowaniu swem zbyt delikatnym, o gestach kobiecych, że posiada głos kobiecy — wysoki, że jest trochę nieśmiały, że w czasie rozmowy zbyt łatwo się rumieni i t. p.

Brat chorego podał, że w ostatnich czasach zauważył u niego brak woli, gnuśność i ospałość, że sypia on po 14 godzin na dobę. Pomimo tego stwierdziłem, że na ogół chory był ubrany bardzo starannie i gustownie, w szczególności zaś zauważyłem, że na nogach miał jedwabne pończochy i lakierki, a w kieszonce od marynarki cieniutką kolorową naperfumowaną jedwabną chusteczkę. Wreszcie przekonałem się, że korespondencję swoją prowadził zwykle na różowym, naperfumowanym papierze małego formatu.

Odrazu wtedy pierwszem wrażeniem mojem było, że mam przed sobą młodą duszę kobiecą w męskiem ciele, czyli że jestto przypadek homoseksualizmu. Szczegółowe wywiady, zebrane od brata i ojca i od samego chorego, w zupełności potwierdziły trafność pierwszego wrażenia.

Z dziecięcych chorób przechodził chory tylko kur; rozwijał się pod względem fizycznym na ogół prawidłowo. Rodzina podaje jednak, że już od najwcześniejszego dzieciństwa był anormalny, miał bowiem pewną skłonność do marzycielstwa i depresji, w szczególności zaś lubiał na spacerze zatrzymywać się przed sklepami z damską konfekcją. Nigdy nie bawił się — jak inni chłopcy — konikami lub żołnierzami, lecz zawsze tylko lalkami. Lubiał też przebierać się za dziewczynkę i często marzył o tem, jak to on kiedyś będzie dziewczynką. Lubiał też wyszywać jedwabiem na kanwie lub na krosnach, haftować obrusy i t. d. Do tych rzeczy miał nawet duże zdolności i zamiłowanie.

Już w chłopięcym wieku, o ile sobie sam teraz zdoła przypomnieć, miał jakiś bezwiedny pociąg do mężczyzn. Mężczyźni podobali mu się, podkochiwał się w nich już wtedy. Na podstawie jego zachowania się już wtedy rodzina robiła przypuszczenie, że czasami musi mu się zdawać, że jest dziewczynką a nie chłopcem. Między innemi już wtedy pisał o sobie pamiętniki, jak o dziewczynce. Od 14 r. ż. zaczął marzyć o tem, żeby kiedyś pójść na scenę, żeby zostać chórzystką w teatrze lub aktorką w kabarecie.

W 14 r. ż. zaczął się onanizować; czasami i teraz jeszcze się onanizuje. Z początku onanizm »bawił« go. Później przy onanizowaniu zaczął przedstawiać sobie tych mężczyzn, którzy mu się podobali. Niektórzy mężczyźni, z jakimi się spotykał w towarzystwie, salonie lub na ulicy, robili na niego ogromne wrażenie. Tych właśnie mężczyzn wyobrażał sobie podczas onanizowania się. Najbardziej podobali mu się mężczyźni nieco od niego starsi, dwudziestokilkoletni z wąsami. Z początku nie zbliżał się do nich, gdyż wogóle bliższych stosunków między mężczyznami nigdy nie spostrzegał i nie wyobrażał sobie, żeby takie istniały. Dopiero, gdy miał lat 15, zauważył, że jeden jego starszy kolega z tego samego internatu, w którym się chory wychowywał, zaczął się nim więcej interesować. W związku z tem opowiedział chory, że w tym internacie 2 starszych kolegów kochało się w młodszych ładnych chłopcach, że pisali do nich listy miłosne i t. d. W tego rodzaju flircie chory też później brał udział, gdyż bardzo się starszym uczniom podobał. On sam także to w jednym to w drugim się podkochiwał. Brat podaje, że zdaniem jego chory już od 12 r. ż. podkochiwał się w mężczyznach i zdradzał wyraźny popęd seksualny do mężczyzn. Od 16 r. ż. chory zaczął chodzić do łaźni w celu przyglądania się nagim ciałom mężczyzn. Gdy miał lat 17, zapoznał się w łaźni z jednym nadporucznikiem, który go pewnego razu zaprosił na kolację. Z tym oficerem miał chory pierwszy stosunek seksualny. Wówczas uczęszczał do gimnazjum, ale w naukach już się zaniedbywał. Od tego pierwszego zbliżenia się seksualnego z owym oficerem, zaczął chory miewać częste sto-

sunki płciowe i z innymi mężczyznami. W tym czasie też zaczął skupywać damskie suknie i kapelusze, w swoich męskich koszulach powycinał gorsy i poobcinał rękawy, tak że w ten sposób całą swoją bieliznę przerobił na damską. W tym czasie na balu kostjumowym we Lwowie poznał bliżej jakiegoś, jak podaje, szykownego berlińczyka z arystokracji. Berlińczyk ten tak się w badanym zakochał, że zabrał go na swój koszt wprost jako swoją utrzymankę do Berlina. W Berlinie N. N. przebywał 2 lata. Z początku uczęszczał do akademji handlowej i brał lekcje śpiewu. Stosunek miłosny z owym berlińczykiem trwał przez kilka miesięcy; zerwanie nastąpiło dlatego, że badany przestał mu się podobać.

Ponieważ N. N. miał ujmującą powierzchowność, był »ładny jak lalka«, posiadał piękny głos sopranowy, piękną dykcję, dużo gracji w ruchach i niezwykły talent do tańca, przepowiadano mu w Berlinie świetną karjerę. Z akademji handlowej przeszedł do »Hochschule für Kabaretten- und Variété-Kunst« i starał się o występy w różnych »Variétés«.

pomimo, że w końcu bywał jako mężczyzna rozpoznawany. Ogromnem powodzeniem cieszył się n. p. na balu kostjumowym w klubie kolejowym. Za dowód zainteresowania, jakie występy jego wzbudzały w pewnych sferach w mieście, mogą posłużyć następujące notatki reporterskie o nim, jakie w tym czasie w prasie codziennej się ukazywały.

1. **Student w roli „damy".** Od kilku dni zachodziła do pierwszorzędnych lokalów elegancko ubrana młoda para. On był przystojnym młodzieńcem, ona zaś szykowną damą o powłóczystem spojrzeniu i zbyt swobodnych jak na jej wiek ruchach. Na parę tę zwracano powszechną uwagę, gdyż »dama« zachowywała się tak dwuznacznie, że powstały podejrzenia co do jej autentyczności. Wczoraj policja zajęła się zbadaniem tej sprawy i skonstatowała, że rzekomą damą jest student gimnazjalny N. N. Sprawę oddano dyrekcji gimnazjum.

2. **Zaciekawiająca a tajemnicza dama.** Policja zainteresowana tajemniczą pseudo-damą — o której wspominaliśmy w numerze wtorkowym — poczęła śledzić za mężczyzną imitującym tak doskonale kobietę i wykryła, iż jest nią jeden z uczniów zakładu X. Pseudo-dama zwróciła uwagę policji podobno nieodpowiedniem zachowaniem się na ulicy.



Fig. 3.



Fig. 1.



Fig 2.

N. N. podał mi, że w Berlinie jest 15 takich lokali publicznych, w których schodzą się homoseksualni mężczyźni. Ponieważ psychopaci homoseksualni często kłamią, trzeba oczywiście ich podania przyjmować zwykle z pewną rezerwą. N. N. uczęszczał, jak podaje, najchętniej do kawiarni »C.« na »Postdammerstrasse«, do kawiarni »M.« na »Putkammerstrasse«, na bale zaś do pewnej restauracji na »Grosshamburgerstrasse«, która według niego jest najbardziej uczęszczanem miejscem schadzek dla homoseksualnych. W kawiarni »C.«, zdaniem N. N., schodzą się również i homoseksualne kobiety. On sam, jak podaje, miał w Berlinie przyjaciółkę, młodą kobietę, posiadającą taką samą bierną kobiecą naturę jak i on, z którą go przez dłuższy czas łączyła serdeczna przyjaźń, do której jednak żadnego pociągu seksualnego nie czuł i która do niego również żadnego pociągu seksualnego nie czuła i z którą oczywiście nigdy żadnych stosunków płciowych nie miał. Kobieta ta utrzymywała natomiast stosunek miłosny z inną homoseksualną kobietą — naturą czynną.

Po powrocie z Berlina prowadził N. N. w Krakowie życie hulaszcze. Posiadając mnóstwo damskich sukien i sporą ilość damskich kapeluszy, które — trzeba podkreślić — z wielkim gustem częściowo sam sobie fabrykował, do publicznych swoich wieczornych występów używał coraz to innych kostjumów. Chodził po plantach, uczęszczał do lokali publicznych a mianowicie do restauracji Króla, kawiarni Bisanza, do teatru ludowego, bywał na balach publicznych, gdzie miewał rzekomo ogromne powodzenie, tak bardzo bowiem mężczyźni ubiegali się o jego względy —

3. **Zaciekawiająca tajemnicza dama.** Ogólne zainteresowanie wywołało onegdaj ukazanie się w kawiarni Bisanza czarno ubranej damy — która, jak można było się z powstałych szeptów dorozumieć, nie była damą, lecz... doskonale przerobionym na damę mężczyzną. Dama przyszła w towarzystwie młodego człowieka, silnie ublanszowana buzię kryjąc pod gęstą woalką. Kapelusz à la Chantecler osadzony był na fryzurze tegoż samego tytułu. Silnie wydatny biust falował ze zmęczenia, podniecająco intrygując zebranych. Pseudo dama po wypiciu szklanki herbaty wśród śmiechu publiczności opuściła salę. Tasama pseudo-dama osiągnęła podobno niebywały sukces na balu maskowym w klubie pocztowym, otaczana rojem mężów przy szabli, a przez nikogo nierozpoznana.

4. **Tajemnicza dama.** Od kilku miesięcy można było spotkać w restauracjach, kawiarniach, cukierniach i t. p. czarno ubraną damę, bardzo szykowną, o drobnych rysach twarzy. Dama przychodziła zwykle w towarzystwie kilku mężczyzn, którzy siadali albo przy niej, albo też w pobliżu jej stolika. Dama owa mówiła bardzo mało, ale porozumiewała się spojrzeniami a przedewszystkiem ruchami Zachowanie jej wyzywająco-kokieteryjne kazało zaliczać ją do niewiast »pół, a nawet ćwierć-światka«. Uwagę zwracali na nią przedewszystkiem oficerowie, których najwięcej atakowała strzelistemi spojrzeniami. To też sypały się ku niej coraz głośniejsze i jędrniejsze w treści komplementy i uwagi, na które damulka odpowiadała tem większą i natarczywszą kokieterją. Wszędzie zyskiwała sobie masę wielbicieli z pośród oficerów i »złotej młodzieży«, pomiędzy którymi przychodziło często do większych awanturek, kończących się wreszcie — pijatyką, przy ogólnej uciesze gdzieś w podrzędnej knajpce. W tych dniach zdemaskowano ową damę i przekonano się, że jest to 20-letni uczeń kursów wojskowych N. N, który w ten sposób brał »na kawał« rozamorowaną »złotą młodzież« i »synów Marsa«.

Ponieważ osoby, cierpiące na homoseksualizm, okazują

zwykle, jak już wyżej podkreśliłem, obok zboczeń seksualnych pewne cechy i innych form psychopatji konstytucjonalnej, jak »moral insanity«, histerja, a mianowicie skłonność do kłamstwa lub przesadnego przedstawiania spraw dotyczących ich własnej osoby, posiadają dużą dozę próżności i chęci wzbudzania zainteresowania swoją osobą, przeto oczywiście nie jest wykluczone, że część tych notatek N. N. sam do pism podał.

Dla wszechstronniejszego uwydatnienia obrazu klinicznego pozwalam sobie jeszcze podać 3 fotografje N. N. w stroju kobiecym. Fig. 1 przedstawia profil pięknej kobiety z kobiecemi linjami szyi i biustu w bogatym strojnym kapeluszu, bardzo gustownie do całości dostosowanym. Na fig. 2 widzimy dekoltowany biust z kokieteryjnie opasującą go czarną aksamitną wstążką, prawdopodobnie rozmyślnie tak ułożoną, ażeby zasłonić zbyt ostro może uwydatniające się linje obojczyków. Fig. 3 zaś oddaje chorego w całej jego kobiecej okazałości. Jego kobiece kształty, ruchy i gesty, przedewszystkiem zaś cała figura, biust i ułożenie prawej ręki uwydatniają się na tej fotografji bardzo dobrze.

Ujmując teraz w całości podany tu szkicowo obraz kliniczny ze wszystkiemi szczegółami fizycznemi, fizjologicznemi i psychicznemi, tak intelektualnemi jak i moralnemi, widzimy, że jest to przypadek psychopatji konstytucjonalnej, w szczególności psychopatji sekualnej, a mianowicie homoseksualizmu biernego u mężczyzny z wyraźnie zaznaczonemi fizycznemi, fizjologicznemi i psychicznemi cechami kobiecemi, — w odróżnieniu od homoseksualizmu czynnego, w którym odwrotnie męskie cechy zazwyczaj w sposób patologiczny silniej niż normalnie są uwydatnione.

Z wywiadów wynika, że pewne cechy fizjologiczne i psychiczne homoseksualizmu w tym przypadku, jak pociąg do oglądania strojów kobiecych, do bawienia się lalkami i t. p., przejawiały się u tego chorego już od wczesnego dzieciństwa.

Drugą okolicznością, na którą pragnę zwrócić uwagę, jest to, że z wywiadów, zebranych od rodziny i od samego N. N. z możliwie jaknajwiększą przedmiotowością wynika, iż obok dziedzicznego obarczenia rodziny naszego chorego innemi chorobami czy anomaljami ośrodkowego układu nerwowego, w rodzinie naszego chorego zdarzyły się jeszcze 2 inne przypadki homoseksualizmu.

Wywiady, odnoszące się do dziedzicznego obarczenia w danym przypadku, są następujące: Ojciec naszego chorego, liczący 65 lat, cierpi na cukrzycę. Jeden jego brat zastrzelił się z niewiadomego powodu (homosexualismus?); drugi umarł w 54 r. ż. na porażenie postępujące; siostra, 70-letnia, od 40 r. ż. cierpi na przewlekłą chorobę umysłową z urojeniami na tle religijnem; wydaje jej się, że jest Matką Boską i t. p. Syn drugiej siostry ojca, 50-letni, zajmujący wybitne stanowisko w społeczeństwie, cierpi na homoseksualizm aktywny, jest jednak biseksualny i w swoim czasie ożenił się, lecz dzieci niema. Córka trzeciej siostry ojca, 30-letnia, bardzo lubiła przebierać się za mężczyznę i kochała się w swoich koleżankach. Jako bardzo bogata i ładna panna miała dużo starających się, nie chciała jednak długo wyjść za mąż. Dopiero pod wpływem usilnej namowy ze strony rodziców w 25 r. ż. wyszła za mąż.

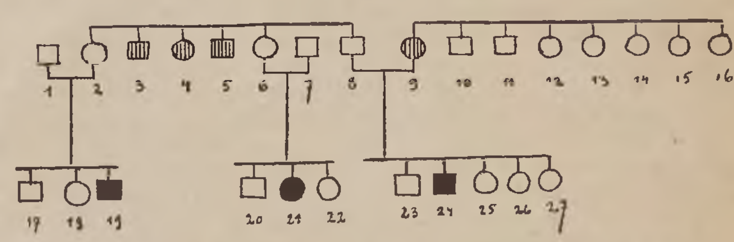
Matka chorego była bardzo żywego temperamentu i wesołego usposobienia; miała dużo humoru i lubiła się wesoło bawić. Była bardzo lekkomyślna i narobiła dużo długów. Od 26 r. ż. cierpiała na morfinizm, w który wpadła rzekomo z powodu jakichś bolów na szyi. 2 braci i 5 sióstr matki było zdrowych. Rodzeństwo chorego ma być zdrowe.

Fig. 4, przedstawiająca tablicę genealogiczną rodziny N. N., ilustruje znacznie lepiej, niż słowami opisać można, dziedziczne obarczenie chorobami układu nerwowego w tym przypadku: jeden brat ojca (3) zastrzelił się, drugi (5) cierpiał na porażenie postępujące, siostra (4) była umysłowo chorą (dementia paranoides?), matka (9) cierpiała na morfinizm na tle psychopatji konstytucjonalnej z cechami »moral insanity«, a sam chory (24), jego brat stryjeczny (19) i jedna siostra stryjeczna (21) cierpieli na psychopatję konstytucjonalną w postaci homoseksualizmu. Tablica ta wskazuje, że w przypadku tym istnieje t. zw. kolateralna homologiczna dziedziczność.

Badania nad dziedzicznością w przypadkach homoseksualizmu są wielce utrudnione z tego powodu, że chorzy, obarczeni seksualnemi anomaljami, wogóle się z niemi kryją. Dlatego też przypuszczać można, że w rodzinach tych chorych może istnieć więcej przypadków zboczeń seksualnych, aniżeli nam się drogą wywiadów wykryć udaje. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że zdarzają się wypadki, iż homoseksualni — doprowadzeni przez szantażystów do rozpaczy — kończą życie samobójstwem. Dlatego też przy zastanawianiu się nad pobudkami samobójstwa, popełnionego przez stryja naszego chorego (4) i o takiej możliwości zapominać nie należy.

Fig. 4.

Tablica genealogiczna rodziny N. N., w której obserwowano 3 przypadki homoseksualizmu.



Objaśnienie znaków: □ mężczyźni, ○ kobiety, ■ ● homoseksualizm, ▥ choroba umysłowa inna; 3 brat ojca, który popełnił samobójstwo, 4 siostra ojca cierpiąca na dementia paranoides, 5 brat ojca, który skończył na porażenie postępujące, 9 matka pacjenta, która cierpiała na morfinizm na tle psychopatji konstytucjonalnej, 19 stryjeczny brat pacjenta, który cierpi na homoseksualizm, 21 stryjeczna siostra pacjenta, która cierpi na homoseksualizm, 24 pacjent cierpiący na homoseksualizm.

W ostatnich kilkunastu latach szczegółowo badałem 7 przypadków homoseksualizmu. W 2 przypadkach nie udało mi się wynaleść żadnego dziedzicznego obarczenia neuropatyczno-psychopatycznego, w 2 — znalazłem dziedziczne obarczenie alkoholizmem, w 2 — innemi postaciami psychopatji konstytucjonalnej, a w jednym, wyżej przedstawionym przypadku, istnieje, jak widzieliśmy, oprócz bezpośredniego obciążenia dziedzicznego psychopatją konstytucjonalną (ze strony matki) homologiczna dziedziczność kolateralna. Jeżeli dalsze badania w tym kierunku na liczniejszym materjale wykażą tensam stosunek procentowy, to będziemy mogli mówić o tem, że w 14% wszystkich przypadków homoseksualizmu istnieje dziedziczność homologiczna kolateralna.

Jako dowód istnienia homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu przytaczałem wyżej opisany przypadek już w roku 1917 na posiedzeniu lekarzy krakowskiej kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w dyskusji nad odczytem Dr Alfreda Adlera (z Wiednia). W drugiem wydaniu swego podręcznika psychiatrji z roku 1918 Bleuler w tej sprawie pisze m. i.: »Badając rodziny homoseksualnych, znajduje się coprawda tylko w 8% homologiczną dziedziczność, natomiast bardzo często spotyka się obok ogólnej neurotycznej konstytucji u różnych członków tych rodzin i w różnym stopniu brak zdecydowanego kierunku seksualnego, u pojedynczych zaś członków zdecydowany kierunek nienormalny w bardzo silnym stopniu rozwinięty«. Moje własne spostrzeżenia pogląd ten w zupełności potwierdzają.

Streszczając wyniki, otrzymane z obserwacji wyżej opisanego przypadku, możemy powiedzieć, że homoseksualizm może występować nietylko jako anomalja wrodzona, ale także jako syndrom familijny u kilku członków jednej i tej samej rodziny, czyli że w etjologji homoseksualizmu czasami i czynnik fylogenetyczny odgrywa pewną rolę.

Oceny i sprawozdania.

Sir James Mackenzie. **Przyszłość medycyny**. (The future of Medicine). Oxford Medical Publications. (Henry Frowde), London 1919, str. 238. Nowa książka Mackenziego, autora znanych ogólnie prac o chorobach serca i o bólu narządów wewnętrznych, nie jest proroczem niby widzeniem przyszłości, ani marzycielską pseudofilozofją na temat medycyny jutrzejszej. Jestto przedewszystkiem dzieło klinicysty, który całe życie poświęcił ogólnej praktyce lekarskiej i przeszedł twardą szkołę samokształcenia przy łóżku chorego. I dzisiaj, po długoletniej pracy, autor streszcza wyniki swego doświadczenia, zestawia je z prądami i dążeniami nauki współczesnej i wysnuwa wskazania dla przyszłości. Podług Mackenziego dzisiejsza »koncepcja« medycyny, mimo wielkiego postępu w zakresie badań mechanicznych i laboratoryjnych, nie sprzyja osiągnięciu głównego celu, którym powinno być zapobieganie i leczenie chorób. Chorobę rozpoznajemy dopiero wówczas, gdy nastąpi uszkodzenie tkanek, wykrywane na mocy objawów fizycznych, i kiedy o wyleczeniu najczęściej nie może być

mowy.Ześrodkowanie wszystkich usiłowań zarówno w nauczaniu uniwersyteckiem, jak i w życiu praktycznem, na rozpoznaniu tego okresu choroby odwraca uwagę lekarza od dwóch wczesniejszych i uleczalnych okresów, w których choroba zaczyna kiełkować, ale nie wywołuje jeszcze zmian anatomicznych i ujawnia się głównie w sferze podmiotowej. Główną zasadą badania powinno być nietylko ścisłe spostrzeganie, ale dokładne ile możności zrozumienie objawów choroby. Nie dosyć wykryć pewien objaw, trzeba jeszcze zrozumieć mechanizm jego powstawania i ocenić znaczenie dla przyszłego rozwoju choroby. Innemi słowy, lekarz powinien dążyć do poznania wartości objawów, a niezbędnym tego warunkiem jest wytrwałe śledzenie choroby we wszystkich jej okresach od początku do końca. Okoliczności tak się składają, że wiedzy tej nie mogą posiąść ani lekarze szpitalni, ani specjaliści, ani temwięcej pracownicy laboratoryjni, którzy rzadko kiedy stykają się bezpośrednio z chorym. Sprostać temu zadaniu może tylko lekarz, zajmujący się praktyką ogólną (the general practitioner), zwłaszcza lekarz domowy. Dzięki częstemu obcowaniu ze swoim chorym, dzięki znajomości życia jego aż do szczegółów, on jeden może poznać istotną wartość rozmaitych objawów i wytworzyć sobie szerszy a jednolity pogląd na chorobę. Niestety kierunek coraz większej specjalizacji nie sprzyja należytemu wyzyskaniu dla celów naukowych praktyki ogólnej. Wraz z rozwojem metod laboratoryjnych utrwalił się pogląd, że tylko one mogą zapewnić medycynie postęp. Wszelkie ułatwienia i pomoc mieli ci tylko, którzy chcieli lub mogli korzystać z tych metod. O praktyku »ogólnym« zapomniano zupełnie. Wykształcenie uniwersyteckie niedostateczne, wadliwe, zgoła nie odpowiada jego przyszłym potrzebom i ważnemu posłannictwu na polu medycyny naukowej. Już na ławie szkolnej wpaja się w niego przekonanie, że tylko metody specjalne mogą rozstrzygnąć prawie wszystkie zagadnienia lekarskie. Wskutek tego lekarz praktyk nie przeczuwa nawet, że tylko w jego ręku spoczywa klucz do rozwiązania niektórych najważniejszych zagadnień. Sposoby specjalne, na których udoskonalenie i obmyślanie kładzie się dziś wyłącznie nacisk, oddają niewątpliwie wielkie usługi nauce, ale niestety zakres ich użyteczności jest względnie wąski i wykrywają one przeważnie objawy, zależne od zmian anatomicznych w późniejszych okresach choroby. Na mocy osobistego doświadczenia dowodzi autor, że powszechne i niekrytyczne stosowanie tych metod odbiega daleko od ideałów medycyny klinicznej i hamuje jej postęp. Przyszłość nauki wymaga, żeby okresy najwcześniejsze i usposabiające badano taksamo starannie i usilnie. W tym celu trzeba zwrócić uwagę na inną kategorję objawów i zastosować inne metody badania. By uzasadnić swój pogląd a zarazem wskazać drogi w poszukiwaniu objawów chorobnych, opisuje autor szczegółowo badania własne, które doprowadziły go do tak ważnych odkryć w dziedzinie fizjologji bólu i zaburzeń czynnościowych serca. Rzecz ta nie nadaje się do krótkiego streszczania, pozwolę sobie tylko przytoczyć dosyć charakterystyczny ustęp z rozdziału o migotaniu przedsionków (auricular fibrillation): »Muszę podkreślić, że wszystkie zasadnicze szczegóły, związane z tym stanem (migotaniem), jego symptomatologja, stosunek do niedomogi serca, oddziaływanie na naparstnicę, zostały wykryte przy pomocy środków prostych, dostępnych dla każdego lekarza w praktyce ogólnej. Co więcej, najzdolniejszy badacz nie mógłby dokonać rozpoznania tego stanu, jako całości klinicznej, gdyby musiał poprzestać tylko na badaniu szpitalnem lub laboratoryjnem« (str. 110). Autor wyraża żal, że w swojej praktyce tak późno uświadomił sobie znaczenie systematycznego badania objawów chorobnych i wskutek tego nie mógł rozpocząć odpowiednich poszukiwań w innych dziedzinach patologji. Ostatnia część książki podaje ogólne zasady i metody badania. Niezaprzeczenie korzystano z nich oddawna, ale nie stosowano ich w sposób systematyczny i ze zrozumieniem wielkiego ich dla nauki pożytku. Nieuchwytne, trudno dające się określić objawy podmiotowe, będące istotną podstawą wczesnego rozpoznania choroby, nie były właściwie dotąd przedmiotem ścisłych i systematycznych badań naukowych. Opis tych metod jest trudny, ponieważ nabycie ich jest w związku z inicjatywą każdego lekarza, z osobistem doświadczeniem, które zdobywa się długą, żmudną i mozolną pracą. Na pierwszy plan wszystkich badań lekarskich autor wysuwa zasadę postępu (the law of progression). Prawo to polega na tem, że odkrycie jednego faktu nie powinno być kresem badania, ale podstawą do wynajdowania innych faktów. Za jednym krokiem naprzód powinien iść drugi. Druga zasada, zwana prawem kojarzenia się objawów (the law of associated phenomena), opiera się na fakcie, że choroba, zmieniając czynność pewnego narządu, wywołuje szereg rozmaitych objawów w całym ustroju człowieka. Zastosowanie tego prawa wymaga zbadania wszystkich objawów i poznania ich właściwej istoty. Zadanie to ułatwia klasyfikacja, mająca za podstawę sposób (mechanizm) powstawania objawów. Autor odróżnia objawy 1) strukturalne, 2) czynnościowe i 3) odruchowe. Ugrupowanie objawów podług określonego planu, sumienne, drobiazgowe prowadzenie notatek przez szereg lat, od początku do końca choroby, pozwoli ocenić dokładnie znaczenie każdego objawu. Liczne przykłady, zaczerpnięte z patologji chorób wewnętrznych, głównie chorób serca, objaśniają poglądy autora. Konieczność uproszczenia (simplification) medycyny i reform w wykształceniu lekarskiem, oto treść ostatnich rozdziałów tej niezwykle zajmującej i pożytecznej książki.

Karol Rozenfeld (Częstochowa).

A. Calmette: **L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense.** Etude biologique et expérimentale. Paryż 1920. Stronic 619 + 25 tablic kolorowanych i 31 rysunków w tekscie.

Od czasów wydania pracy Straussa (r. 1895) jest to pierwsze wielkie dzieło niekliniczne poświęcone całokształtowi nauki o gruźlicy. Krytyczne streszczenie dzieła, obfitującego w poglądy zupełnie oryginalne, wymagałoby zapełnienia całego chyba zeszytu »Przeglądu«. Z konieczności więc ograniczę się jedynie do podania tytułów rozdziałów i do nielicznych uwag.

Historja (króciutka) nauki o gruźlicy. Morfologja lasecznika. Metody hodowania. Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na lasecznika gruźlicy. Skład chemiczny ciała lasecznika. Endo- i egzotoksyny; tuberkuliny. Histogeneza i powstawanie gruzełka i zmian nieguzkowych (lésions bacillaires sans follicules tuberculeux), a zatem: zapalnych i martwiczych. Główne typy anatomo-patologiczne: Septicaemia tuberculosa. Tuberculosis miliaris. Infectio tuberculosa latens. Infectio tuberculosa evolutiva. Localisatio pulmonalis, pleuralis, diversa. Mechanizm zakażenia; wrota wejścia zarazków. Drogi limfatyczne (Calmette głosi, że każdy lasecznik zostaje przedewszystkiem zabrany przez leukocyt wielojądrzasty i w tym stanie dostaje się do prądu limfy i krwi); skóra; błony śluzowe; drogi oddechowe; drogi trawienne. (Calmette trwa przy zdaniu, że przedewszystkiem przez te drogi laseczniki Kocha dostają się do ustroju ludzkiego; nie znaczy to jednak, by drobnoustroje miały zawsze pochodzić z pokarmów: wszystko, co może się znaleść w jamie ustnej, więc n. p. i pył i kropelki rozpryskiwane przez kaszlącego, może być połknięte i stać się powodem zakażenia przez błonę śluzową dróg trawiennych). Częstość i charakter an.-pat. gruźlicy u dzieci. Charakter an.-pat. zmian płucnych u dorosłych i starców. Gruźlica błon surowiczych. Gr. układu nerwowego. Gr. wątroby, śledziony, nerek, jelit. Gr. skóry. Bacillaemia tuberculosa. (»Infectio tuberculosa jest przedewszystkiem bacillemią — zanim powstaną zmiany lokalne«. »W przerwach i w niewielkiej ilości laseczniki gruźlicze krążą we krwi — jako nieszkodliwe ciała obce, wydalane przez drogi naturalne wraz z wydzielinami«). Rola dziedziczenia. Dział drugi (stronice od 241 do 352) traktuje o gruźlicy doświadczalnej i zarazeniu gruźlicą zwierząt. Dział trzeci: Sprawy obrony i rozpoznawania. Odczyn obronny ustroju: proteazy komórkowe; fermenty lipolityczne komórkowe; koaguliny; lizyny; aglutynacja; precypitacja; aleksyny i ciała uczulające; opsoniny; cytologja. Krew i jej składniki morfologiczne. Wydalanie laseczników; plwocina; wydalanie przez kiszki i drogi żółciowe; — przez drogi moczowe; — przez gruczoły sutkowe. Odczyny pomocnicze przy rozpoznawaniu zakażenia gruźliczego. Działanie fizjologiczne tuberkulin. Ich rola rozpoznawcza. »Niweczniki« gruźlicze i ich rola w obronie ustroju. Dział czwarty: Odporność naturalna i sprawa uodpornienia. Zmienność jadowitości laseczników gruźliczych. Objaw Kocha. Odporność bierna; seroterapja. Odporność czynna; szczepienie toksyn i laseczników.

Ze wszystkich poglądów Calmettea znaczenie praktycznie najważniejsze mieć może jego teorja, która głosi, że każdy oddziałujący na tuberkulinę wydala ze swego ustroju z przerwami (intermittenter) laseczniki Kocha.

»Za podejrzanych« (z punktu widzenia zapobiegawczego) »musimy uważać wszystkich, pozornie zdrowych, dających dodatni odczyn tuberkulinowy«. »Nie wydziela taki osobnik (człowiek czy zwierzę) przez tygodnie, miesiące, lata, laseczników; jest nieszkodliwy. Nagle, bez żadnych zwiastunów ostrzegających, jego wydaliny lub wydzieliny jego gruczołów (przedewszystkiem mlecznych) mogą zawierać laseczniki gruźlicy«.

Seweryn Sterling.

Bandelier i Roepke: **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.** Lipsk i Würzburg 1920. Wydanie 10.

Znane to dzieło, które nawet podczas wojny doczekało się dwóch nowych wydań, pojawiło się obecnie już w 10 wydaniu, które jest prawie o 100 stron obszerniejsze od dawniej-

szych. Uzupełnione zostały krytycznie nowsze wyniki badań i literatura wojenna w tym przedmiocie, a w szczególności uwzględniono chemoterapię gruźlicy oraz metody lecznicze Deycke-Mucha i Friedmanna. Poza tem został zachowany dawny podział na część teoretyczną, na swoistą djagnostykę i swoiste leczenie, a ilość i tytuły rozdziałów pozostały tesame. Autorowie stoją niezmiennie na stanowisku, że leczenie przetworami tuberkulinowemi Kocha jest najskuteczniejsze.

Dzieło to należy niewątpliwie do najlepszych w tej dziedzinie literatury lekarskiej. Dla lekarzy polskich poznanie tej pracy jest tembardziej pożądane, że zaznajamia ona dokładnie z współczesną djagnostyką kliniczną i leczeniem przetworami tuberkuliny, które u nas w Polsce z małemi wyjątkami pozostaje u ogółu lekarzy w zaniedbaniu, podczas gdy na zachodzie przeszło już prawie do lecznictwa ambulatoryjnego nawet lekarzy wolno praktykujących, dając wybitne pomyślne wyniki. Z powodu ogromnego wyczerpania świata przez wojnę i spotęgowanego szerzenia się gruźlicy, przez nią wywołanego, usilna walka z tą chorobą jest wciąż aktualna. Toteż swoista djagnostyka i swoiste leczenie musi się wysunąć na czoło przy wysiłkach, zmierzających do jaknajwcześniejszego rozpoznania i skutecznego leczenia tej choroby. Dr M. Blassberg (Kraków).

Prof. Hans Much: **Biologja patologiczna (nauka o odporności).** [Pathologische Biologie (Immunitätswissenschaft)]. Wydanie III. Lipsk (C. Kabitsch). 1920. (Cena 45·60 marek niem.).

Zamiarem Mucha było napisać podręcznik, któryby dał nie-specjaliście wyobrażenie o dzisiejszym stanie nauki o odporności, i to nietylko o jej stronie teoretycznej, ale także, przynajmniej w grubszych zarysach, o stronie technicznej. Ponieważ zaś, zdaniem Mucha, zbyt wysuwano na pierwszy plan metody rozpoznawcze, nie doceniając metod leczniczych, przeto w książce swojej położył umyślnie nacisk na stronę terapeutyczną. Dowodem, że podręcznik Mucha trafił we właściwy poziom, jest znaczna jego poczytność, skoro w ciągu lat dziesięciu — pomimo wojny i pomimo konkurencji podobnych podręczników (Citrona, Wolff-Eisnera i t. d.) — doszedł do trzech wydań niemieckich i tłómaczenia rosyjskiego i hiszpańskiego (polskie znajduje się właśnie w druku). Trudno tylko zgodzić się na tytuł »Biologji patologicznej«, jaki Much teraz nadał swemu podręcznikowi nauki o odporności. C.

H. Much: **Die Partigengesetze und ihre Allgemeingültigkeit.** Lipsk 1921, str. 70. (C. Kabitzsch). Cena 15 marek niem.

Autor streszcza swoją teorję o istocie odporności. Zasady jej są następujące: 1) Odporność jest dwojaka, odporność krwi i odporność tkanek; są one nawzajem od siebie zależne. Ważniejsza jest odporność tkankowa; jest ona własnością ustroju trwalszą, natomiast odporność krwi się zmienia. 2) Tak odporność tkanek, jak odporność krwi jest swoista i nieswoista; jedna drugą wspomaga, ale ważniejsza jest odporność nieswoista, właściwa każdemu zdrowemu ustrojowi. Jest błędem oceniać odporność na podstawie własności, których ustrój nabywa w chorobie. Choroba jest zaburzeniem równowagi, na którą się składa: a) ustrój, b) bodziec chorobotwórczy, c) x oddziaływania na się tych dwu czynników. W przypadkach chorób zakaźnych stosunek ustroju i zarazka do siebie można poznać dokładnie przy pomocy wywoływaczy cząstkowych (Partialantigene). Wywoływacze cząstkowe otrzymuje się z bakterji. Przy odpowiedniem postępowaniu ulegają bakterje rozkładowi na część rozpuszczalną w wodzie i na część nierozpuszczalną. Część nierozpuszczalna w wodzie składa się z ciał białkowych, lipoidów i tłuszczów obojętnych. Każdy z tych wywoływaczy cząstkowych wywołuje w ustroju powstawanie niweczników swoistych; niweczniki te zależnie od przyrody wywoływacza cząstkowego przynoszą ustrojowi korzyść lub szkodę. Leczyć, to znaczy wzmagać odporność; aby więc leczyć, należy wprzód poznać dokładnie odporność ustroju. Wywoływaczami cząstkowemi swoistemi mierzymy odporność swoistą; wstrzykiwanie doskórne służy do miareczkowania odporności tkanek, metoda odchylenia dopełniacza do określenia odporności krwi. W ten sam sposób mierzymy odporność nieswoistą, posługując się wywoływaczem nieswoistym pełnowartościowym (zawierającym ciała białkowe, lipoidy i tłuszcze obojętne). Myślą przewodnią w leczeniu jest: podnieść miano niweczników korzystnych, a obniżyć miano niweczników szkodliwych. W przewlekłych chorobach główną rolę odgrywa odporność swoista, w podostrych wchodzi w grę odporność swoista i nieswoista, natomiast w chorobach ostrych pierwsze miejsce zajmuje odporność nieswoista. Swoistemi środkami leczniczemi są wywoływacze cząstkowe swoiste, — nieswoistemi zaś sztuczny wywoływacz pełnowartościowy, wszystkie szczepionki nieswoiste i cały szereg środków i zabiegów lekarskich (chemikalia, leczenie światłem, elektryzacja, promienie Roentgena, kąpiele, miesienie i t. d.). Aby podnieść odporność swoistą, używa się w pierwszym rzędzie wywoływaczy cząstkowych swoistych, aby podnieść odporność nieswoistą, używa się wywoływacza i środków nieswoistych, — ale ostrej granicy w działaniu jednej i drugiej grupy czynników niema, bo czynniki swoiste działają także na odporność nieswoistą, i naodwrót bodźce nieswoiste działają na odporność swoistą.

W świetle tych zasad po surowicach leczniczych nie można się wiele spodziewać: 1) bo surowice (jak dotychczas) otrzymywane przez uodparnianie zwierząt bakterjami, nierozłożonemi na wywoływacze cząstkowe, nie zawierają odpowiednich niweczników, 2) bo przy użyciu surowic, zawierających nawet wszystkie niweczniki, uwzględnia się tylko odporność krwi, a nie uwzględnia się odporności tkanek. Przyszłość leży w leczeniu szczepionkami, ale przy stosowaniu ich nie w ten sposób, jak się to naogół dzieje dotychczas. Ustrój nie jest zdolny wytworzyć niweczników, któreby działały na bakterje nierozłożone na wywoływacze cząstkowe; aby go w tej czynności wyręczyć, należy wstrzykiwać wywoływacze cząstkowe odpowiednich bakterji. Należy przy tem odpowiednio dawkować i pamiętać, że obok odporności krwi istnieje odporność tkanek. Nie należy zapominać o odporności nieswoistej, a wobec tego należy używać wszelkich środków działających na podniesienie odporności nieswoistej, w pierwszym rzędzie więc należy się posługiwać zabiegami fizycznemi. Jak w leczeniu szczepionkami, podobnie przy szczepieniu ochronnem, powinno się używać nie samych bakteryj, ale wywoływaczy cząstkowych odpowiednich bakteryj, wykluczając przytem wywoływacze o szkodliwem działaniu.

Tak się przedstawia w najogólniejszych zarysach teorja odporności H. Mucha. Stworzył ją on w ciągu badań nad gruźlicą, a uogólnia na wszystkie choroby zakaźne; spodziewa się zaś, że teorja ta znajdzie zastosowanie w dziedzinie nowotworów, chorób na tle wydzielania wewnętrznego i chorób nerwowych.

Tyle co do treści, — a teraz co do formy. Rozprawa napisana niezwykle; myśli ujęte są w lapidarne zdania, niektóre zdania stanowią prawidła i jako takie opatrzone są liczbą; w ciągu wywodów autor powołuje się na prawidło pod liczbą tą a tą; następstwem tego jest treściwość i jasność. Rzecz napisana przystępnie nietylko dla lekarza, niezawodnie w zamiarze zaciekawienia i zajęcia danym przedmiotem szerszych kół.

Dr Kostrzewski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Fleiner: **O prawidłowych i chorobowych zastojach treści w przewodzie pokarmowym.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, marzec). W obszernej rozprawie omawia autor, znany ze swych prac klinicznych z zakresu chorób trawienia, przyczyny i objawy zastoju treści w przewodzie pokarmowym, zaczynając od pętli esowatej. Tu pojawia się najczęściej choroba Hirschsprunga (megacolon congenitum), t. j. rozszerzenie i przerost dolnego odcinka jelita grubego i jego fałdów. Przyczyną tego zboczenia ma być nadmierne wytwarzanie się smółki i jej sześciomiesięczne gromadzenie się w okrężnicy przy silnem zamknięciu zwieracza odbytu. Smółka nie może przeforsować zastawki Bauhiniego i rozszerza jelito. Autor wyraża to w następujący sposób: »Każdy noworodek przychodzi na świat z przepełnioną okrężnicą t. j. z zaparciem, gdyż aż do porodu jest to jedyny narząd retencyjny«. Jeżeli się jeszcze utrwali kurcz zwieracza odbytu, powstaje trwałe utrudnienie oddawaniu stolca w chorobie Hirschsprunga. Inny jeszcze rodzaj wrodzonego zaparcia stolca powstaje albo przez nadmierny rozrost fałdu, odgraniczającego odbytnicę od pętli esowatej, albo przez przegięcie jelita na granicy odbytnicy i pętli esowatej.

Tworzenie się kału odbywa się w początkowej części okrężnicy (colon proximale). Tu odbywa się rozkład treści jelitowej i wytwarzanie gazów. Jako najłatwiej przesuwalne gromadzą się one w najwyższej pętli t. j. w śledzionowej części okrężnicy i rozszerzają ją, a ta część okrężnicy przesuwa i podnosi żołądek, a z nim naciska na lewą połowę przepony, podnosząc ją wraz z sercem i wielkiemi naczyniami, co sprawia nieraz u starszych osób napady dusznicy. Okrężnicę poprzeczną znajdujemy zwykle próżną, gdyż kał przechodzi tędy bardzo szybko do odcinka dolnego (colon distale) i do pętli esowatej i tu czeka na wypróżnienie. W tym odcinku wytwarza się z rozmaitych przyczyn anatomicznych i psychicznych zaparcie stolca atoniczne. Spastyczne zaś zaparcie stolca wytwarza się pod wpływem »haustracji« w okrężnicy poprzecznej, przez co powstaje »spastyczny« kał w postaci gałkowatej. I tu ma także swój początek błoniasty nieżyt jelit (colitis membranacea) u histeryczek. Może być także zaparcie mieszane: w górnym odcinku spastyczne, a w dolnym atoniczne; wtedy kał jest mieszany z gałek i gąszczu nieuformowanego. Często bywa taki kał zmieszany z bryłkami śluzu. Obecnie w czasie wojennym napotyka się spastyczną postać zaparcia stolca ze śluzem. Dla leczenia zaparcia stolca poleca autor wogóle lawatywy letnie z rozczynu fizjologicznego soli. Dla leczenia zaparcia kątniczego poleca środki solne (wody i sole), gdyż działają one już w jelicie cienkiem, a zabierając z kątnicy treść, szybko ją przeprowadzają do odbytnicy. Na zastój kału w dolnej części okrężnicy działają dobrze przetwory roślinne, jak: aloes, rzewień, senes, kaskara, kruszyna (frangula).

Zastoje treści w żołądku są odmiennego rodzaju. Nie polegają one na zmniejszeniu światła żołądka i na przeszkodach zastawkowych, lecz na zaciąganiu się skurczowem mięśni gładkich ścian żołądka. Cieśni te nazywa autor »Magensperre«; dają się one uwidocznić w badaniu rentgenologicznem. Głównych cieśni kurczowych jest trzy: wpustowa (cardiospasmus), środkowa, między dnem żołądka a częścią jego odźwiernikową, cieśń spastyczna klepsydrowata (ventriculus spasticus bilocularis) i trzecia: cieśń odźwiernikowa (pylorospasmus). Cieśnie kurczowe mają albo przyczynę psychiczną, albo powstają z powodu wrzodu okrągłego. Najczęściej tworzą się nad wrzodem okrągłym, chroniąc go przed drażnieniem pokarmami twardemi. Pomimo cieśni żołądkowych może treść dostać się do odźwiernika, a to przez rynienkę, tak zwaną drogę żołądkową, wytworzoną spastycznie wzdłuż krzywizny małej. Tędy przechodzą jednak do odźwiernika tylko płyny. Najczęstszą cieśnią kurczową jest wpustowa. Sprawia ona odbijanie, zwracanie, odżuwanie, wymioty mas niestrawionych bez wolnego kwasu solnego; obok tego gniecenie w dołku i uczucie gałki w górnej części przełyku. W razie cieśni spastycznej środkowej żołądka chorzy nie mogą naraz wiele jadać, chociaż mają łaknienie, skarżą się na gniecenie w dołku, zwracają płyn do jamy ustnej (Herzwasser), połykają powietrze dla ulżenia sobie, wymiotują, dostają czkawki. Jeżeli istnieje cieśń odźwiernikowa, to nierzadkim objawem bywa jeszcze ból głodowy. W celu leczenia należy odróżnić cieśń kurczową nerwową od cieśni kurczowej w następstwie wrzodu okrągłego. Leczenie cieśni kurczowej bez wrzodu okrągłego polega według autora na rozszerzaniu żołądka kwasem węglowym, co on w ten sposób wykonywa, że wprowadza przy pomocy zgłębnika pół syfonu wody sodowej do żołądka, zaciskając zgłębnik palcami, a potem gaz wypuszczając powoli. Poleca także picie wód alkalicznych, a przy przypuszczeniu wrzodu okrągłego magnezję paloną.

W. J.

Frühwald: **Atofan w chorobach skórnych.** (Wien. kl. Rundschau 1920, 14—15). Atofan posiada własności przeciwzapalne, zwłaszcza na skórze. Bardzo dobrze działa przeciw wypryskom, połączonym ze świądem skóry. Autor uzyskał dobre wyniki, podając atofan w pokrzywce i świądzie (prurigo). Świąd w przeciągu tygodnia ustępował. Podawano atofan po 3—4 gramy dziennie.

J.

E. Pollak: **Patologja i patogeneza padaczki.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Maj 1920). W długiej rozprawie wywodzi Pollak, że swoista padaczka polega na mniej wartościowym rozwoju mózgowia. Dzieje się to w życiu płodowem; a stąd tłomaczy się, że 62% padaczkowych przypada na wiek od 1—10 lat, tak, że zdanie Obersteinera »epilepticus nascitur« może być prawdziwe. Odróżnienie kliniczne swoistej padaczki od symptomatycznej jest trudne, a to z tego powodu, że symptomatyczna czyli tak zwana organiczna padaczka pojawia się wprawdzie po urazach fizycznych albo psychicznych (wojna) lub też toksycznych (n. p. u alkoholików), lecz te czynniki szkodliwe trafiają na mózg niedostatecznie rozwinięty, skłonny do padaczki lub wznawiają padaczkę przebytą w okresie dziecięcym.

J.

H. Schmidt: **Leczenie padaczki.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, maj). W celu leczenia padaczki, jeżeli przyczyna jest miejscowa, a miejsce zajęte w mózgu da się oznaczyć, poleca autor zabieg operacyjny. W swoistej padaczce zabiegi operacyjne dają wyniki bardzo wątpliwe. W przypadkach padaczki swoistej należy unikać wszelkich wpływów szkodliwie działających na czynności mózgu, zwłaszcza u alkoholików. Zaleca się w padaczce spokój, co się da najlepiej osiągnąć w specjalnych zakładach. Ze środków lekarskich, które jednak często zawodzą, poleca autor po 2—6 grm. bromku sodowego przez kilka tygodni. Zamiast tego leku okazała się dobrą sabromina w tych samych dawkach, jakoteż luminal, począwszy od 0·1 do 0·3 grm. trzy razy dziennie przez 5 dni. Można luminalu używać równocześnie z przetworami bromowemi. Niektórzy zachwalają podawanie tyroidyny, inni mleczanu wapniowego. Leczenie jednak dotychczasowe jest tylko symptomatyczne bez wpływu na samo tło choroby.

J.

Hauptman: **Doświadczenia w leczeniu padaczki luminalem.** (Klin. ther. Woch. 1920, 13—14). Autor podawał z dobrym skutkiem w padaczce nabytej luminal w ilości 0·10, trzy razy dziennie, a jeżeli chodziło jeszcze o działanie nasenne, to podawał na noc po 0·3. Kombinacja luminalu z połączeniami bromu okazała się jeszcze skuteczniejszą.

J.

Minnig: **Gruźlica w małżeństwie.** (Med. Klinik 1920, 27). Według wyników sekcyjnych wypada, że zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w wieku dziecięcym. Chodziłoby o wykazanie, czy także i w wieku późniejszym, t. j. u dorosłych, istotnie następuje zakażenie gruźlicze. Albowiem, wbrew dotychczasowym powszechnie przyjętym zapatrywaniom, coraz więcej zaczyna się rozpowszechniać mniemanie, że tylko osłabienie odporności ustroju wskutek jakiegoś czynnika szkodliwego, n. p. urazu, wywołuje pojawienie się dawniej nabytej, a tylko utajonej gruźlicy. Przy tem rozumowaniu byłoby zbyteczne zachowanie wszelkiej czystości w zakładach dla gruźliczych. Na dowód, że zakażenie gruźlicą w późniejszym wieku może nastąpić, przytacza Minnig tę okoliczność, że gdy zachorowanie na gruźlicę u ogółu ludności wynosi 3%, to statystyka gruźliczych małżeństw wykazuje 9%, a gdy jedno z małżonków umiera na gruźlicę, to u pozostałych

pojawia się gruźlica aż w 50%. Widocznie dzieje się tak z tego powodu, że w rodzinie gruźliczej w ostatnich latach choroby suchotnika zaniedbuje się wszelkiej czystości i ostrożności. J.

Prof. A. Korányi: **O opukiwaniu nerek**. (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, kwiecień). Autor poleca wykonywanie opukiwania nerek w położeniu przegiętem w ten sposób, że kończyny dolne stoją prostopadle na ziemi, a tułów i plecy przybierają położenie poziome przez zgięcie się chorego w stawach biodrowych. Aby badanemu uczynić tę postawę dogodną, polecamy mu oprzeć się rękami o swoje kolana. W tej postawie opukując, otrzyma się w stanach prawidłowych na 11. wyrostku poprzecznym i na następnych dolnych odgłos przytłumionobębenkowy, podobny jak na przestrzeni żołądkowej Traubego. Odgłos taki powstaje wskutek tego, że w tej przechylonej postawie śledziona i wątroba od nerek się oddalają, a jelita do nerek się przybliżają, dozwalając na odgraniczenie tępego odgłosu nerek od bębenkowego jelit. Przy opukiwaniu zauważył autor zmiany opukowe od górnej granicy nerek, czemu nie przypisuje znaczenia. Lecz każe zwracać uwagę na przesuwanie opukowe dolnego odcinka nerek, gdyż stwierdzenie przesuwalności dolnego brzegu nerki stanowi stwierdzenie należytego opukiwania nerki. Zapomocą takiego opukiwania nerek można się n. p. przekonać, czy guz wyczuwalny w jamie brzusznej jest nerką wędrującą, czy też nie, następnie, czy guz będący w jamie brzusznej wychodzi z nerki, czy też nie. Autor bowiem spostrzegał, że guzy, wychodzące z nerek, sprawiają stale rozszerzenie pola opukowego nerek, t. j. stłumienia, a ten prosty sposób badania jest łatwiejszy, niż skomplikowane cewnikowanie moczowodów. W. J

Sprawy zawodowe.

Wydział Izby lekarskiej zachodniej Małopolski wraz z Prezydjum Związku lekarzy podaje lekarzom tymczasowo następujące ogólne wskazówki w sprawie Kas chorych: 1) Długoterminowych umów nie zawierać. 2) Nie zawierać umów ryczałtowych za wizyty poza domem lekarza. 3) Ustalić czas i ilość godzin kasowej ordynacji ambulatoryjnej. 4) Za godzinę ordynacji dziennej honorarjum miesięczne powinno wynosić na razie co najmniej 5 do 7½ tysiąca marek p. 5) Najkorzystniej, gdzie możliwe, żądać wynagrodzenia za poszczególne świadczenia. 6) Projekt umów przedkładać Izbie lekarskiej przed podpisaniem

Za badania dla Towarzystw ubezpieczeń na życie powinni lekarze żądać następujących minimalnych honorarjów: Za ubezpieczenia do 100.000 mp. 200 mp., ponad 100 000 mp. 300 mp. Za relację lekarza domowego minimum 100 mp. — Prezydent Izby: *Schoengut-Strzemieński*. Prezes Związku: *Damski*.

Wskazówki Izby lekarskiej i Związku lekarzy co do kas chorych przychodzą na czasie, bo lekarze wobec nowej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby są w trudnem położeniu i żądają, aby stworzono podstawę do postępowania jednolitego wszystkich kolegów wobec instytucji, która, jak doświadczenie w Małopolsce dowiodło, lubi być filantropijną na koszt lekarzy. Wyrazem dążeń lekarzy do uzyskania dyrektywy są liczne listy, które otrzymujemy ze wszech stron, a które po części podają przykłady postępowania. I tak n. p. kol. M. z C. odmówił na razie odnowienia umowy z okolicznemi kasami chorych, zaznaczając, że wskutek nowej ustawy, rozszerzającej koło ubezpieczonych niezmiernie, bo także na pracowników rolnych, stanie się praca w kasach chorych głównem zajęciem, ale i główną podstawą bytu lekarza i musi też być tak wynagradzana, jak dotychczasowa ludowa praktyka lekarska (która odpadnie), a nie jak »przymusowa filantropja«. Chwiejność jednak wartości pieniądza wyklucza możliwość zawierania umów na czas dłuższy, zwłaszcza, że i Kasy chorych same nie zdołałyby znieść ciężaru, gdyby według dzisiejszej wartości pieniądza umowę zawarto. Zestawiając bowiem ceny artykułów pierwszej potrzeby i honorarja lekarskie minimalne z r. 1913 i z marca 1921 widać, że honorarja powinny być pomnożone 130-krotnie (bo takie jest przeciętne podrożenie żywności, ubrania i opału), a wtedy wypadłoby za poradę w domu 260 m. (= w r. 1913 — 2 kor.), za wyjazd do 5 klm. 1300 m. (= 10 koron), ponad 5 klm. 2600 m. (= 20 kor.), za operację 6500 m. (= 50 kor.), miesięczne zaś wynagrodzenie przy opiece nad 100 rodzinami (licząc tylko 30 porad w domu, po 5 małych i większych wyjazdów i jedną operację) — 32.000 marek. Pokazuje się, jak łatwo wnosić i uchwalać ustawy »ad captandam populi benevolentiam«, ale jak trudno wnosić i uchwalać ustawy dobre, a przynajmniej — wykonalne. Dopóki się nie ustalą stosunki cen, dopóty wszelkie umowy na dłuższy okres nie będą możliwe.

Wiadomości bieżące.

Od Administracji. Prenumeratorowie, którzy zgłosili się po wyjściu z druku Nr 1 »Przeglądu lekarskiego«, nie mogą go już otrzymać z powodu wyczerpania nakładu.

Komitet lekarski francusko-polski przekształca się na Towarzystwo z główną siedzibą w Warszawie (ul. Widok 23, w Stowarzyszeniu lekarzy polskich). Towarzystwo urządzać będzie zebrania i zjazdy naukowe francusko-polskie, zgromadzi bibliotekę lekarską w obu językach, ułatwi umieszczanie prac lekarzy polskich w czasopismach francuskich. Komitety francusko-polskie prowincjonalne reorganizują się autonomicznie. Kandydaci na członków muszą być przedstawieni przez 2 członków Towarzystwa i przyjęci przez głosowanie.

Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1921 prezesem prof. Dr Dmochowskiego, wiceprezesem Dr W. Starkiewicza, sekretarzem dorocznym Dr T. Wiśniewskiego. Sekretarzem stałym jest prof. Dr Alf. Sokołowski.

Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie, zamierzając urządzić w terminie jeszcze nie ustalonym (najwcześniej na Zielone Święta b. r.) Zjazd okulistów polskich, zaprasza Kolegów okulistów ze wszystkich dzielnic do zgłaszania udziału w zjeździe, wykładów i demonstracyj, ile możności

przed 1. IV. b. r. pod adr. »Polskie Towarzystwo okulistyczne« Warszawa, ul. Smolna 8.

Odezwa. Dr Sterling-Okuniewski (Warszawa, Marszałkowska 41 m. 1), podejmując drugie wydanie swej monografji o durze plamistym, prosi za naszem pośrednictwem wszystkich kolegów, którzy z durem plamistym mieli do czynienia, swych spostrzeżeń sami ogłosić nie chcą lub nie mogą, a życzą sobie ich ogłoszenia z podaniem nazwiska autora w II wydaniu monografji, aby swe spostrzeżenia lub uwagi przesłali mu najdalej do 15. III. b. r.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. I. do 19. II. 1921: płonica 28 † (zmarło) 7 [liczba zachorowań zmniejszała się w 2. i 3. tygodniu], błonica 5 † 1, dur brzuszny 47 † 7, czerwonka 5 † 1, dur plamisty 10 † 3, ospa 1 † 1.

Zmarli: Dr Mieczysław Biliński, st. lekarz pow. w 53 r. ż. w Rzeszowie.

Bibljografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Październik 1920. Cena 4·50 m. n. Grudzień 1920. Cena 7·50 m. n. (Przedpł. za kwartał 12·50 mk. niem.). Zeszłoroczny zeszyt październikowy zawiera rozprawy Mandelbauma o gruźliczem zapaleniu opon i o pandemicznej grypie, oraz Schnabla o zjawisku swoistości w nauce o odporności. — Zeszyt grudniowy, przeznaczony dla chirurgji i ortopedji, zawiera następujące rozprawy: 1) Prof. Zeller: Znieczulenie ogólne i miejscowe. 2) Prof. Rehn: W sprawie regeneracji i przeszczepiania. 3) Prof. Lange: Wszczepianie ciał obcych w ortopedji.

(†) Gen. ppor.-lek. L. Rydygier: **Krótki zarys chirurgji wojennej** dla lekarzy wojska polskiego, czynnych w pierwszych linjach sanitarnych. (Warszawa 1920). (Wydawnictwo wojskowej Rady sanitarnej). Cena 16 mk. p.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

KONKURS. 179

Na posadę lekarza okręgowego:

w Narajowie mieście z płacą roczną 980 M. i ryczałtem rocz. 560 M.
w Kozłowie » » 700 » » » 490 »
w Kozowie » » 840 » » » 420 »

a nadto do każdej z tych posad dodatek miesięczny po 70 Mk. i 50% dodatek do ryczałtu. Regulacja poborów powyższych jest w toku załatwienia przez Ministerstwo zdrowia publ. w Warszawie.

Posada nadaną zostanie na razie prowizorycznie, a po roku służby nastąpić może stabilizacja.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcja służbowa z dnia 6/10 Dzukr. Nr 148.

Należycie ostemplowane podanie przy dołączeniu dyplomu i dowodu, że kandydat odbył najmniej dwuletnią praktykę w szpitalu ewentualnie zakładzie leczniczym wnosić należy najdalej po dzień 31/3 1921 do Wydziału powiatowego w Brzeżanach.

KONKURS.

Magistrat m. Zgierza ogłasza niniejszem konkurs na posady:

1) lekarza szpitala miejskiego, składającego się z oddziału dla chorób wewnętrznych i zewnętrznych i chorób zakaźnych;
2) lekarza szkolnego, który miałby za zadanie stworzyć opiekę higjeniczno-lekarską nad 3.000 dzieci w 55 kompletach szkół powszechnych w Zgierzu.

Warunki płacy podług umowy. 178

Lekarze-specjaliści mają pierwszeństwo.

Oferty składać należy do 20. lutego r. b. do Magistratu m. Zgierza.

Burmistrz m. Zgierza.





Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem I. Filipowskiego

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 5 Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 7
Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczędn. 413 476

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 15·—, w nadesłanem Mkp. 17·—, w tekście Mkp. 20·—. załącznik Mkp 400.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

»Do Nru tego załącza się prospekt firmy [illegible] z Warszawy«.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rozpoznawanie siedziby guzów jamy brzusznej

podał

Prof Dr Witold Orłowski,

dyrektor Kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell.

We wszystkich przypadkach, gdy, badając chorego, znajdujemy jakikolwiek guz w jamie brzusznej, pierwszem naszem zadaniem musi być rozpoznanie siedziby guza. Dopiero po wywiązaniu się z tego zadania przechodzimy do wyświetlenia istoty guza i jego znaczenia dla ustroju oraz rozważamy sposoby ewentualnego jego usunięcia. Rozpoznanie więc siedziby guza w tym lub innym narządzie jamy brzusznej zajmuje pierwsze miejsce. Tymczasem dość przejrzeć nawet obszerne podręczniki djagnostyczne i semjologiczne, żeby się przekonać, iż na to zagadnienie zwraca się wogóle zbyt mało uwagi. Uznając sprawę rozpoznawania siedziby guzów w jamie brzusznej wobec ich częstości za nader doniosłą, zamierzam wypełnić tę lukę przez podanie tego postępowania, które, wychodząc z wieloletniego doświadczenia klinicznego, stosuję już od dłuższego czasu w przypadkach guzów jamy brzusznej.

Przedewszystkiem jednak zaznaczę, że przez »guzy« jamy brzusznej z klinicznego stanowiska rozumiem nietylko istotne nowotwory (neoplasmata), lecz i wszelkie wogóle twory patologiczne, bez względu na ich pochodzenie, wyczuwalne, mniej lub więcej odgraniczone, dające się wyodrębnić od sąsiednich części, a w zdrowym ustroju nie istniejące. Tu więc, oprócz istotnych nowotworów, zaliczam też guzy, powstałe na tle zapalenia, n. p., ograniczony wysięk w jamie otrzewnej, guzy powstałe na tle mechanicznem, n. p, wodonercze, guzy kałowe, wreszcie pochodzenia nerwowego, n. p., wyczuwalny kurcz odźwiernika. Tu też zaliczam niewyświetlone jeszcze co do mechanizmu powstawania t. zw. guzy pozorne, czyli fantomowe, których najznamienitszą cechę stanowi nagłe znikanie w uśpieniu chloroformowem z ewentualnem ponownem zjawieniem się po przejściu uśpienia. Do takich guzów pozornych należą n. p. występujący w kształcie guza kurcz pewnego odcinka mięśnia prostego brzucha, guzowate ograniczone wzdęcie pętli jelitowej i inne. Mówiąc o guzach jamy brzusznej, należy wreszcie pamiętać, że nawet zdrowy narząd jamy brzusznej może się znajdować w miejscu dla niego niezwykłem, oraz o tej okoliczności, że narząd, w zwykłych warunkach nie wyczuwalny, może stać się dostępnym dla wyczuwania, chociaż nie uległ zmianom chorobowym.

Przechodząc po tych wstępnych uwagach do metodyki badania siedziby guzów w jamie brzusznej, zaznaczę przedewszystkiem, że najdonioślejsze dane pod tym względem dają zasadnicze metody badania, dostępne dla każdego lekarza, mianowicie oglądanie, obmacywanie i opukiwanie. Umiejętne stosowanie tych metod wystarcza w przeważnej większości przypadków, by rozstrzygnąć całe zagadnienie co do siedziby guza. Zadanie niniejszej pracy stanowi też zobrazowanie planu postępowania, którego się trzymam, posiłkując się temi metodami.

Zaznaczę przedewszystkiem, że guzy jamy brzusznej nieraz przeocza się wskutek tego, iż badanie brzucha ograniczamy zwykle do badania chorego leżącego na wznak lub na boku, tymczasem zdarzają się takie guzy, które można wykryć tylko, gdy chory stoi zupełnie pionowo lub nachylony ku przodowi lub nawet w położeniu na łokciach i kolanach. W tych więc przypadkach, w których można przypuszczać istnienie guza w jamie brzusznej, należy przeprowadzać badanie brzucha w różnych położeniach chorego, nie wyłączając położenia łokciowokolanowego. Rzecz prosta, że równocześnie należy korzystać ze wszystkich ogólnie znanych zabiegów, zmniejszających napięcie powłok brzusznych i przez to ułatwiających obmacywanie brzucha. Śród nich zaś nie należy zapominać o badaniu w ciepłej kąpieli, jak to zaznaczyłem w jednej ze swoich prac jeszcze w r. 1908[1]).

Wszelkie badanie brzucha należy wreszcie przeprowadzać nietylko wśród zwykłego, lecz i wśród głębokiego oddychania, niektóre bowiem guzy, zwłaszcza wątroby, śledziony i dna żołądka, stają się dostępne dla obmacywania tylko na szczycie głębokiego wdechu.

Znajdując guz w obrębie brzucha, rozstrzygamy przedewszystkiem, czy jest on usadowiony w powłokach brzusznych, czy w jamie brzusznej. W tym celu przeprowadzamy badanie wśród napinania tłoczni brzusznej, osiągając je przez podnoszenie się górnej części tułowia chorego. W miarę coraz większego napięcia ściany brzusznej guzy jamy brzusznej są wyczuwalne coraz gorzej i wreszcie znikają. Inaczej się zachowują guzy przedniej ściany brzusznej. Przedmięśniowe guzy występują wyraźniej i zachowują swoją ruchomość palpacyjną, śródmięśniowe, o ile były ruchome, tracą swoją ruchomość, lecz nie znikają, wreszcie zamięśniowe znikają, tak jak guzy jamy brzusznej, wobec czego ich wzajemne rozgraniczenie staje się możliwem jedynie przez uwzględnienie szeregu innych właściwości.

Przekonawszy się o tem, że guz znajduje się w jamie brzusznej, przechodzimy do szczegółowego oznaczenia jego siedziby, mianowicie do wyświetlenia, w jakim narządzie jamy brzusznej guz się rozwija. Wobec braku rozstrzygających pod tym względem oznak poszczególnych musi się nasze rozpoznanie opierać na zespole oznak, objętych pewnym systemem. Pierwszorzędne miejsce w tym zespole zajmuje oznaka, oparta na zasadzie, że guz jest usadowiony w tym narządzie, który prawidłowo leży w tem miejscu, gdzie guz wyczuliśmy. Co prawda, jak przekonamy się nieco niżej, to prawidło, jak i każde inne, ma swoje wyjątki. Niemniej wobec tego prawidła musi każdy lekarz dobrze znać topografję poszczególnych narządów jamy brzusznej. Ta znajomość jest niezbędna tem bardziej, że dopomaga ona do zrozumienia szeregu cech, znamiennych dla guzów poszczególnych narządów jamy brzusznej. Nie mam zamiaru poruszać tutaj topografji klinicznej wszystkich narządów brzusznych, ograniczę się tylko do przytoczenia rzutu na przedniej ścianie brzusznej krezki okrężnicy poprzecznej, samej okrężnicy poprzecznej, trzustki, sieci większej i krezki jelit cienkich, topografja bowiem kliniczna tych narządów bardzo mało lub zupełnie nie jest uwzględniana w podręcznikach. Otóż tylny brzeg krezki okrężnicy poprzecznej jest przyczepiony do tylnej ściany brzusznej wzdłuż linji, przebiegającej od górnego końca prawej nerki w lewo na poziomie pierwszego kręgu lędźwiowego, przez początkową część zstępującego odcinka dwunastnicy i głowę trzustki, wzdłuż dolnego brzegu ciała trzustki do górnego brzegu lewej nerki; przedni zaś brzeg tej krezki przylega wraz z okrężnicą poprzeczną do przedniej ściany brzusznej odpowiednio do linji, łączącej końce X lub XI żeber. Trzustka leży poprzecznie poza żołądkiem; środkowa jej część, t. zw. ciało, przylega do I. i II. kręgu lędźwiowego, mając poza sobą brzuszną część tętnicy głównej i dolną żyłę główną; wreszcie, głowa trzustki, wklinowana do zagięcia, utworzonego przez odcinki dwunastnicy, znajduje się na poziomie II i III kręgu lędźwiowego. Guzy trzustki sadowią się najczęściej właśnie w głowie trzustki, lokalizacja więc tych guzów odpowiada rzutowi głowy trzustki na przedniej ścianie brzusznej. Jako rzut ten przyjmują Chauffard i Rivet t. zw. pole trzustkowe: »zona choledocho-pancreatica«, Desjardins zaś »point pancréatique«. Pierwszy z tych rzutów, »pole trzustkowe«, znajduje się między kresą białą a linją przepoławiającą kąt prosty, utworzony przez kresę białą i prostopadłą do niej linję pępkową; ku górze rzut nie sięga wzdłuż linji przepoławiającej ponad 5 cm, ku dołowi nie dochodzi do pępka. »Point pancréatique« Desjardinsa znajduje się na odległości 5—7 cm powyżej pępka na linji, łączącej pępek ze szczytem prawej okolicy pachowej przy opuszczeniu prawej górnej kończyny wzdłuż ciała. Sieć większa zwiesza się na kształt fartucha przed jelitami cienkiemi. Odpowiednio do tego jej guzy leżą zwykle w okolicy pępka. Tylny brzeg (trzon) krezki jelit cienkich, długości średnio 13 cm, rozpoczyna się od lewej strony trzonu drugiego kręgu lędźwiowego i stąd idzie skośnie ku do-

[1]) Przegląd lekarski 1908, Nr 50–52.

łowi i w prawo do górnego końca prawego stawu krzyżowo-biodrowego. W początkowej swej części, mianowicie w okolicy zgięcia dwunastniczojelitowego, brzeg ten jest najgrubszy, krezka zaś w tem miejscu najmniej rozciągliwa. Ta okoliczność, zależna od znajdujących się tu gruczołów chłonnych i dużych naczyń krezkowych, tłumaczy niektóre właściwości guzów tego odcinka krezki. Przedni brzeg krezki jelit cienkich, do którego są przyczepione te jelita, jest 20 razy dłuższy, niż tylny. Odpowiednio do podanego przebiegu krezki jelit cienkich usadawiają się jej guzy już to w górnej części lewej połowy brzucha powyżej linji pępkowej, mianowicie wtenczas, gdy rozwijają się w początkowej części krezki, już to na wysokości pępka w linji środkowej, gdy powstają w środkowej części krezki, już to wreszcie w dolnej części prawej połowy brzucha niżej linji pępkowej, gdy znajdują się w dolnym odcinku krezki. Z tych trzech miejsc najczęściej usadawiają się guzy krezki jelit cienkich w okolicy pępka, następnie rzadziej w prawej okolicy podbrzusznej, a najrzadziej w nadbrzuszu.

Oznaczając na podstawie siedziby guza narząd, do którego on należy, trzeba jednak pamiętać o możliwości powstawania guzów w narządach, które stały się ruchomemi, n. p. w ruchomej nerce, w opadniętej wątrobie i t. d. Trzeba też pamiętać o tem, że sam guz, doszedłszy do pewnych rozmiarów, może przemieszczać ten narząd, w którym się rozwija. Najczęściej dotyczy to guzów odźwiernika, okrężnicy poprzecznej i niepozrastanych z sąsiedztwem guzów sieci większej. Istotnie, guz odźwiernika wyczuwa się nieraz w prawej okolicy biodrowej; raka okrężnicy poprzecznej nad spojeniem łonowem; duże guzy sieci większej, opuszczając się ku dołowi, mogą też przesuwać się w lewo lub dochodzić do jamy miednicy małej, gdzie też wtedy dają się czasami wyczuć przez pochwę lub odbytnicę. Godna zaznaczenia jest również ta okoliczność, że bąblowce sieci większej, towarzyszące zwykle bąblowcom innych narządów, dochodząc do większych rozmiarów, leżą najczęściej na prawo od kresy białej poniżej linji pępkowej. We wszystkich tych przypadkach niezwykłej siedziby daje się guz przesunąć w to położenie, jakie prawidłowo zajmuje narząd, do którego guz należy; oczywiście guz da się tak przesunąć tylko wtedy, jeśli niema zrostów. Należy wreszcie mieć jeszcze na względzie istnienie guzów na długich szypułach; główna masa takiego guza nieraz znajduje się daleko od narządu, z którego guz się rozwija.

W razie zrostów guza z sąsiedniemi narządami o przynależności guza do tego lub innego narządu sądzimy na podstawie szeregu innych oznak, które poniżej podam. Tutaj zaznaczę tylko niektóre właściwości guzów sieci większej, ulegających często zrostom, a zależne właśnie od tych zrostów. Otóż najczęstszemi guzami sieci większej są guzy pochodzenia gruźliczego oraz przerzuty rakowe lub mięsakowe z innych narządów. Rozwijając się w sieci, wywołują one nieraz kurczenie się całej sieci i jej podciągnięcie ku górze, na podobieństwo firanki u okna. Wskutek tego guz sieci razem z nią leży w poprzek jamy brzusznej, a równolegle do okrężnicy poprzecznej i do dużej krzywizny żołądka, najczęściej w okolicy pępka. Jeśli jednak, nim nastąpi kurczenie się, sieć przyrośnie prawym lub lewym dolnym końcem gdziekolwiek do otrzewnej ściennej, to położenie guza sieci się zmienia: guz leży wtedy nie poprzecznie, lecz w kierunku skośnym.

W miarę powiększania się każdy guz jamy brzusznej może przekraczać zwykłe granice narządu, w którym się rozwija. W tych przypadkach o przynależności guza do tego lub innego narządu, oprócz początkowego położenia guza i szeregu innych właściwości, które omówię niżej, mogą świadczyć pewne znamienne cechy, dotyczące kierunku, w którym guz rośnie. Mianowicie guzy, wychodzące z podżebrzy, rosną zwykle ku dołowi. Wyjątek stanowią bąblowce wątroby, okazujące często nieprawidłowy rozrost ku górze, ropnie podprzeponowe, nadwątrobne i nadśledzionowe, wreszcie rzadka coprawda postać wstępująca bąblowców śledziony. Guzy śledziony rosną zwykle nietylko ku dołowi, lecz i ku środkowi w kierunku do prawego przedniego górnego kolca kości biodrowej. Guzy nerkowe nietylko ku dołowi, lecz i ku przodowi, wypuklając okolicę lędźwiową oraz boczną. Guzy narządów miednicy małej rosną zwykle ku górze, co zmusza mnie wspomnieć tutaj o tych guzach, chociaż nie należą one do guzów właściwej jamy brzusznej. Wreszcie guzy innych narządów jamy brzusznej rosną zwykle mniej więcej równomiernie we wszystkich kierunkach.

Poznawszy siedzibę guza i kierunek, w którym on rośnie, zwłaszcza zaś zbadawszy, czy nie istnieje bezpośrednia łączność guza z takiemi narządami, jak wątroba, śledziona, nerki oraz macica, — co do macicy należy przeprowadzić w odpowiednich przypadkach badanie ginekologiczne —, przechodzę do zbadania szeregu cech, znamiennych dla guza, tylko bowiem zespół objawów daje rękojmię prawidłowego rozpoznania, a więc albo potwierdza dotychczasowe wnioski, dotyczące siedziby guza, albo przekonywa nas o ich mylności i kieruje myśl na należyte tory. Ten zespół otrzymujemy, badając ruchomość guza w zależności od oddychania, od zmiany położenia ciała, oraz t. zw. ruchomość palpacyjną, określając, jaki jest stosunek guza do przewodu pokarmowego, wreszcie stwierdzając stosunek guza do rozdymania żołądka i jelit. W wielu przypadkach nie bez znaczenia będzie uwzględnienie również kształtu guza.

Co do oddechowej ruchomości guzów, odróżniam ruchomość grzbietowobrzuszną (w kierunku strzałkowym) oraz osiową (w kierunku pionowym). Grzbietowobrzuszna polega na tem, że guz podczas głębokiego wdechu oddala się, podczas zaś głębokiego wydechu zbliża się do tylnej ściany brzusznej. Tą właśnie ruchomością, prostopadłą do pionowej osi ciała, odznaczają się guzy przedniej ściany brzusznej. Przez osiową ruchomość oddechową rozumiem oddalanie się guza podczas głębokiego wdechu od przepony i zbliżanie się do niej podczas głębokiego wydechu, słowem, ruchomość wzdłuż pionowej osi ciała. Ta ruchomość osiowa jest bardzo znamienna dla guzów wątroby i śledziony, jako narządów, bezpośrednio przylegających do przepony, następnie zaś dla guzów innych narządów, jeśli są one zrosłe z wątrobą lub śledzioną. Guzy wątroby i pęcherzyka żółciowego przesuwają się podczas głębokiego wdechu od góry ku dołowi, oddalając się od przepony, guzy zaś śledziony ku dołowi i w prawo w kierunku do przedniego górnego kolca prawej kości biodrowej. Oprócz osiowej ruchomości oddechowej guzy wątroby i śledziony cechuje jeszcze ta właściwość, że nie dają się one zatrzymać w czasie wydechu na tem miejscu, do którego się obniżyły na szczycie głębokiego wdechu: wszelkie usiłowania, by guzy te zatrzymać na nowem miejscu są bezowocne, wyślizgują się one bowiem z pod palców i wracają na pierwotne miejsce. Oprócz guzów wątroby, śledziony i innych zrosłych z wątrobą lub śledzioną narządów, miewają tę cechę niekiedy również guzy odźwiernika. Zdarzają się jednak i odwrotne przypadki, gdy guzy odźwiernika nie mają tej właściwości, pomimo nawet rozległych zrostów z wątrobą. Spostrzegałem to wtedy, gdy guz odźwiernika był zrosły tylko z tylną częścią dolnej powierzchni wątroby, a nie było żadnych zrostów z przednią częścią tej powierzchni.

Guzy wątroby, śledziony i narządów, zrosłych z wątrobą lub śledzioną, okazują jednak nie zawsze osiową ruchomość oddechową. Nie znajdujemy jej, jeśli guzy tych narządów są na rozległej przestrzeni pozrastane z przednią ścianą brzuszną lub jeśli są bardzo duże lub wreszcie, jeżeli przepona podczas głębokiego wdechu nie obniża się wskutek czy to rozległych zrostów, czy rozedmy płuc silniej rozwiniętej, czy innych przyczyn.

Co się tyczy guzów innych narządów jamy brzusznej, to dadzą się one pod względem stosunków do osiowej ruchomości oddechowej podzielić na 3 grupy, mianowicie guzy narządów śródotrzewnych, zaotrzewnych i podotrzewnych. Do pierwszej grupy należą guzy narządów, pokrytych otrzewną ze wszystkich stron, więc należą tu guzy górnej poziomej części dwunastnicy, jelit cienkich, okrężnicy poprzecznej i esowatej, sieci większej, czasami kątnicy z jej krezką. Do grupy podotrzewnej należą guzy odbytnicy, pęcherza moczowego i macicy, wreszcie do grupy zaotrzewnej — guzy zstępującej i dolnej poziomej części dwunastnicy, okrężnicy wstępującej i zstępującej, trzustki, tętnicy głównej brzusznej, przestrzeni zaotrzewnej wogóle z jej gruczołami, nerwami i t. d., wreszcie nadnerczy, nerek, miedniczek nerkowych i moczowodów. Guzy śródotrzewne, jeśli nie są zrosłe ani z wątrobą ani ze śledzioną, nie okazują prawie zupełnie osiowej ruchomości oddechowej; jeśli zaś ona istnieje, to jest tem słabsza, im dalej leży odpowiedni narząd od przepony i im mniejsze jest napięcie tłoczni brzusznej. Wyjątek stanowią guzy części odźwiernikowej żołądka, one bowiem okazują nieraz dobrą ruchomość oddechową, nawet jeśli nie są zrosłe z wątrobą. Guzy narządów zaotrzewnych i podotrzewnych, jak również zamięśniowe i zaotrzewne przedniej ściany brzusznej nie mają zupełnie osiowej ruchomości oddechowej. Wyjątek stanowią tylko guzy nerek i w bardzo rzadkich przypadkach guzy trzustki. Mianowicie guzy nerek podczas wdechu przybliżają się do obmacującej ręki, w czasie zaś wydechu oddalają się od niej. Od guzów wątroby oraz śledziony odróżniają się guzy nerek, okazujące osiową ruchomość oddechową, — głębszem położeniem, innym kierunkiem swego rozrostu, bębenkowym odgłosem opukowym, brakiem cechującego wątrobę brzegu z wcięciem pępkowem, odpowiednio do kresy białej, dla więzadła wieszadłowego, oraz pęcherzykowem dla pęcherzyka żółciowego, brakiem też

cechujących śledzionę wrębów w brzegu i innemi właściwościami, które podam niżej.

Po zbadaniu ruchomości oddechowej guza przechodzę do badania ruchomości jego palpacyjnej, czyli do wyświetlenia, czy guz może być przesunięty ręką wykonującą obmacywanie i w jakich kierunkach? Badając w ten sposób guzy niektórych narządów stwierdza się, że są nieruchome, innych zaś, mianowicie tych, które są przyczepione do ściany brzusznej lub do innych części za pomocą długiego więzadła lub też fałdu otrzewnego, są wyraźnie ruchome i to tem bardziej, im dłuższy ten fałd. Guzy ruchome palpacyjne odznaczają się jednocześnie ruchomością, zależną od zmiany położenia ciała. Zgodnie z tą zasadą są palpacyjnie nieruchome przedewszystkiem guzy wątroby i śledziony, oprócz guzów na długiej szypule, wychodzących najczęściej z dolnej powierzchni wątroby, oraz oprócz guzów wątroby gorsetowej i wątroby lub śledziony, leżącej w miejscu nie prawidłowem. Niema ruchomości palpacyjnej także większość guzów pęcherzyka żółciowego, guzy zaotrzewne i zamięśniowe, z przedotrzewnych wreszcie guzy wszystkich wogóle narządów w razie rozległych zrostów lub nader dużych rozmiarów guza. Z guzów zaotrzewnych wyjątek stanowią guzy nerek, dają się one bowiem przesuwać ręką w kierunku od dołu ku górze i odwrotnie, niekiedy zaś również w prawo lub w lewo. Guzy nerek wędrujących, o ile nie są zrosłe z sąsiedztwem, są bardzo ruchome. Odwrotnie guzy nerki podkowiastej i wogóle nerki ustalonej, są bezwzględnie nieruchome. W nader wyjątkowych przypadkach spostrzegano ruchomość palpacyjną guzów trzustki. Z guzów innych narządów największą ruchomość palpacyjną okazują guzy krezki jelit cienkich, krezki okrężnicy poprzecznej oraz sieci większej. Krezka jelit cienkich, rozpoczynając się od lewej strony drugiego kręgu lędźwiowego, ma tam zaledwie 2—3 cm szerokości; idąc skośnie w prawo i ku dołowi, coraz więcej się rozszerza, na granicy środkowej i dolnej $^1/_3$ jelit cienkich dochodzi szerokości 20 cm i dopiero niżej szybko się zwęża i wreszcie znika. Odpowiednio do tego guzy krezki jelit cienkich, jako usadowione najczęściej w środkowej jej części, a tu bliżej przedniego jej brzegu, odznaczają się wybitną ruchomością we wszystkich bez wyjątku kierunkach, o ile, rzecz prosta, niema zrostów; można więc te guzy łatwo przesuwać ku górze, ku dołowi, w prawo i w lewo. Guzy początkowego odcinka krezki jelit cienkich nie są tak przesuwalne. Wybitną ruchomością palpacyjną we wszystkich kierunkach odznaczają się też guzy krezki okrężnicy poprzecznej, a w kierunku od dołu ku górze oraz poprzecznym guzy sieci większej. Guzy sieci tracą zresztą często już dość wcześnie swoją ruchomość, wskutek rozległych zrostów z przednią ścianą brzuszną, z wątrobą i innemi narządami. Z guzów innych narządów okazują ruchomość palpacyjną guzy żołądka, jelit cienkich, jelita ślepego oraz jego krezki, okrężnicy poprzecznej i esowatej z ich krezkami, niekiedy górnej poziomej części dwunastnicy, guzy przedmięśniowe, niekiedy też śródmięśniowe przedniej ściany brzusznej, wreszcie niektóre guzy narządów płciowych kobiecych i pęcherza moczowego. Z tych wszystkich guzów dużą ruchomość palpacyjną okazują guzy żołądka, zwłaszcza jego krzywizny większej i części odźwiernikowej, jeśli, rzecz prosta, niema zrostów. Guzy odźwiernika odznaczają się zwłaszcza dużą ruchomością palpacyjną w przypadkach powikłanych opadnięciem odźwiernika. Palpacyjną ruchomość okazują wreszcie, jak już zaznaczyłem wyżej, guzy, powstające w narządach leżących nieprawidłowo, szypułowe guzy wątroby i śledziony, guzy wątroby gorsetowej i niekiedy pęcherzyka żółciowego.

Po zbadaniu ruchomości palpacyjnej guza przechodzę do opukiwania guza po uprzedniem dokładnem opróżnieniu przewodu pokarmowego, łącząc w razie potrzeby to badanie z rozdymaniem żołądka lub jelit powietrzem. Dla uniknięcia domieszki odgłosu bębenkowego z sąsiednich narządów trzeba opukiwać lekko. Zależnie od tego, czy przed guzem leżą pętle jelit, czy też nie, badanie opukiwaniem wykrywa odgłos jużto bębenkowy, jużto przytłumiono-bębenkowy, jużto wreszcie stłumiony. Bębenkowy odgłos opukowy dają guzy tylnej ściany brzusznej i narządów zaotrzewnych, więc tętnicy głównej brzusznej, trzustki, nadnerczy, nerek i wogóle przestrzeni zaotrzewnej (gruczołów zaotrzewnych i t. d.), wreszcie guzy krezek jelit cienkich, okrężnicy poprzecznej i esowatej i kątnicy. Trzeba jednak pamiętać, że w miarę powiększania się guz może dojść do tak dużych rozmiarów, iż zaczyna już przylegać bezpośrednio do przedniej ściany brzusznej i spychać pętlę jelit na bok. I w tych jednak przypadkach guz zwykle nie przylega do przedniej ściany brzusznej równomiernie na całej przestrzeni: najczęściej przylega on do przedniej ściany brzucha tylko na pewnem dość ograniczonem miejscu, między zaś przeważającą częścią guza a przednią ścianą brzuszną leżą pętle jelit, oddzielając guz od przedniej ściany brzucha na mniejszej lub większej przestrzeni; czasami zaś, jak to dość często okazują guzy środkowej części brzucha, — na całym obwodzie guza.

Nieco szczegółowiej pod względem danych opukowych muszę poruszyć tu sprawę guzów trzustki, nerek i tych guzów przestrzeni zaotrzewnej, które leżą na zewnątrz od okrężnicy wstępującej oraz zstępującej.

Co do guzów trzustki, to niewielkie guzy tego narządu dają, gdy opukujemy lekko, odgłos bębenkowy, a to wskutek tego, że przed trzustką znajduje się żołądek. Odgłos stłumiony otrzymujemy tylko w przypadkach powikłanych tak znacznem opadnięciem żołądka, że żołądek już nie oddziela trzustki od przedniej ściany brzusznej. W miarę swojego rozrostu toruje sobie guz trzustki drogę w jednym z 3 kierunków: 1) najrzadziej, wypuklając sieć mniejszą, przedostaje się pomiędzy dolny brzeg wątroby, a krzywiznę mniejszą żołądka, 2) częściej wtłacza się pomiędzy żołądek a okrężnicę poprzeczną, odsuwając żołądek ku górze, a okrężnicę ku dołowi, wreszcie 3) rośnie bezpośrednio poza okrężnicą poprzeczną i ku dołowi od niej tak, że okrężnica poprzeczna leży przed górną częścią guza. We wszystkich tych przypadkach opukiwanie guza daje odgłos stłumiony, lecz nie na całej jego przestrzeni, bębenkowy bowiem odgłos utrzymuje się na pewnej części guza, mianowicie w pierwszej grupie przypadków na większej dolnej części guza, przykrytej przez żołądek, w drugiej na najwyższych i najniższych odcinkach guza, a w razie nader znacznych jego rozmiarów (n. p. guzy torbielowe) na jego całym obwodzie, w trzeciej wreszcie grupie — na górnej części guza przykrytej przez okrężnicę poprzeczną.

Guzy nerek i tej części przestrzeni zaotrzewnej, która leży na zewnątrz od okrężnicy wstępującej i zstępującej, w miarę swojego rozrostu wypuklają tę okrężnicę wstępującą lub też zstępującą i odsuwają je ku przodowi lub ku wewnątrz, t. j. ku środkowej linji ciała. To odsunięcie okrężnicy nie jest wszakże znaczne, zwłaszcza w przypadkach guzów nerek, skojarzonych, jak wiadomo, dość silnie z okrężnicą wstępującą i zstępującą. Zwłaszcza dotyczy to okrężnicy zstępującej, która przykrywa znaczną część lewej nerki i w okolicy zagięcia śledzionowego jest silnie umocowana za pomocą więzadła przeponowookrężniczego. Wobec tej okoliczności, jak również ze względu na to, że okrężnica wstępująca przechodzi przed nerką prawą w kierunku od dołu i zewnątrz ku górze i ku wewnątrz, opukiwanie guza nerki wykrywa zawsze odgłos bębenkowy, jeśli nie na całej powierzchni guza, to w każdym razie w tem miejscu, gdzie przed guzem przechodzi okrężnica. Wyjątek stanowią stosunkowo rzadkie przypadki, w których okrężnica wstępująca nie dochodzi do dolnego bieguna prawej nerki. W takich przypadkach opukiwanie guza daje odgłos stłumiony, na podobieństwo guzów wątroby. Odróżnić takie przypadki guzów nerkowych od wątrobnych możemy tylko, uwzględniając zespół reszty objawów, cechujących guz. Bębenkowy odgłos opukowy dają również guzy przestrzeni zaotrzewnej. Jeśli one wychodzą z tej części tej przestrzeni, która leży nazewnątrz od okrężnicy wstępującej lub zstępującej, to odgłos bębenkowy otrzymujemy na tym odcinku guza, który jest oddzielony od przedniej ściany brzucha pętlą okrężnicy.

W przeciwieństwie do guzów narządów przytoczonych wyżej, nie mają przed sobą pętli jelitowych i dlatego dają stłumiony odgłos opukowy guzy wątroby, śledziony, sieci większej, macicy, jajników, przedniej ściany brzusznej, wreszcie guzy żołądka i jelit, zarówno pierścieniowate, jak i usadowione w przedniej ich ścianie. Zdarza się jednak, że pętla jelitowa zostaje (najczęściej czasowo) wtłoczona między guz tych narządów, a przednią ścianę brzuszną. Badanie w takim przypadku, jak również w przypadku przyrośnięcia takiej wtłoczonej pętli między przednią ścianą brzuszną a guzem, wykazuje, rzecz prosta, odgłos opukowy bębenkowy. Wyjątek mogą stanowić również guzy sieci większej i niektóre guzy wątroby i śledziony. Mianowicie zdarzają się guzy sieci większej nie o kształcie kulistym, lecz płaskie o niewielkim wymiarze strzałkowym. Tu n. p. należy dość rzadki rak pancerzowaty sieci większej. W tej postaci stwierdza się bardzo często odgłos opukowy bębenkowy, w zależności od drgań powietrza w jelitach, leżących z tyłu. Guzy wątroby i śledziony dają, jako prawidło, odgłos stłumiony. Wyjątek stanowią te z nich, których punkt wyjścia stanowi dolna powierzchnia wątroby ku tyłowi od sieci mniejszej (a wiec płat ogoniasty oraz część płatu prawego), lub też ta część przyśrodkowej powierzchni śledziony, która leży ku tyłowi od więzadła żołądkowośledzionowego, przed guzami bowiem tej części śle-

dziony leży żołądek i zagięcie śledzionowe okrężnicy. Guzy tylnej ściany żołądka i jelit dają przy opukiwaniu odgłos bębenkowy lub przytłumionobębenkowy.

Guzy narządów leżących nieprawidłowo dają w przypadkach niewielkiego przemieszczenia się narządu taki sam odgłos opukowy, co i guzy tychże narządów, leżących prawidłowo. W przypadkach zaś znacznej zmiany położenia narządu jedynie guzy wątroby dają odgłos stłumiony, guzy natomiast innych narządów mogą dawać w różnych przypadkach odmienne wyniki opukowe.

Opukując guzy jamy brzusznej, otrzymujemy niekiedy jeszcze jeden objaw, który podałem jeszcze w r. 1908[1]), a który ma nieraz doniosłe znaczenie rozpoznawcze. Mianowicie w tych przypadkach, gdy guz jest usadowiony poza ruchomemi częściami przewodu pokarmowego, n. p. poza kątnicą, poza kątniczym odcinkiem jelita biodrowego, poza pętlą jelita cienkiego, szybkie oderwane uderzenie młotka o pukadło, leżące na ścianie brzusznej w miejscu guza, wywołuje czasami osobliwy szmer, przypominający rechotanie żab. Powstaje on wskutek tego, że ruchoma pętla jelitowa pod silnemi uderzeniami młotka opukowego wyślizguje się z pod pukadła w bok. Dla otrzymania tego objawu należy stosować opukiwanie silne, nie zaś słabe, które stosujemy dla zbadania cech odgłosu opukowego w miejscu guza, jakkolwiek w obu przypadkach mamy na celu wykrycie, czy między guzem a przednią ścianą brzuszną niema pętli jelita.

Zebrawszy wszystkie wyżej podane cechy guza, przechodzę do zbadania stosunku guza do rozdymania żołądka oraz jelit. Wydymanie żołądka osiągam, podając choremu łyżeczkę herbacianą dwuwęglanu sodowego w $^1/_2$ szkl. wody, a następnie $^1/_2$ łyżeczki kwasu winnego również w $^1/_2$ szkl. wody. Jelita wydymam po uprzedniem ich opróżnieniu, wdmuchując balonikiem dostateczną ilość powietrza przez zgłębnik, wprowadzony do odbytnicy. Zależnie od narządu, w którym guz się usadowił, wyniki przedstawiają się w sposób, zobrazowany w poniżej załączonej tablicy.

Stan guzów poszczególnych narządów

wobec rozdymania żołądka i jelit.

Guzy	Rozdymanie żołądka	Rozdymanie jelit
wątroby i pęcherzyka żółciowego	przesuwają się ku górze, w prawo i nieco ku przodowi, bardzo duże nie zmieniają swojego położenia.	przesuwają się ku górze i nieco ku przodowi, czasami też w prawo; w razie silnego rozdęcia powietrzem zagięcia wątrobnego okrężnicy — nieco w lewo. Wyjątek stanowią: 1) bardzo duże guzy, nie zmieniające swojego położenia, oraz 2) niektóre guzy pęcherzyka żółciowego pochodzenia zapalnego, zrosłe z okrężnicą poprzeczną, te bowiem nieraz przesuwają się ku tyłowi i mogą nawet znikać.
śledziony	przesuwają się w lewo i ku dołowi; przesunięcie się ku dołowi najczęściej jest pozorne, mianowicie zależy od więcej pionowego ustawienia długiej osi śledziony, wywołanego rozdymaniem żołądka.	przesuwają się ku górze i nieco w lewo.
żołądka: krzywizny mniejszej	znikają;	guzy żołądka przesuwają się ku górze i tu się ustalają, guzy zaś krzywizny mniejszej mogą nawet znikać.
żołądka: ściany tylnej	znikają;	
żołądka: krzywizny większej ściany przedniej	przesuwają się ku przodowi;	
żołądka: odźwiernika	przesuwają się w prawo i ku dołowi i tu się ustalają; wyjątek stanowią guzy, zrosłe z trzustką lub innemi narządami nieruchomemi, jakoteż guzy odźwiernika w razie opadnięcia żołądka; tamte są nieruchome, te zaś przesuwają się w prawo i ku górze.	
dwunastnicy	zmniejszają się i nawet znikają.	zmniejszają się i nawet znikają.
jelit cienkich i ich krezki	nie zmieniają swojego położenia lub przesuwają się nieco ku dołowi.	nie zmieniają swojego położenia.
okrężnicy poprzecznej	przesuwają się ku dołowi, czasami (na wzór guzów odźwiernika) także i w prawo.	nie zmieniają swojego położenia lub nieco przesuwają się ku dołowi.
sieci większej	przesuwają się ku dołowi, czasami (na wzór guzów odźwiernika) także i w prawo.	przesuwają się ku dołowi i jednocześnie ku przodowi, zbliżając się przez to do przedniej ściany brzusznej; w razie zrostów ze ścianą brzuszną występuje na niej wyraźnie w miejscu zrostu po rozdymaniu jelit ograniczone zagłębienie.
trzustki	znikają; jeśli jednak żołądek bardzo silnie opadł, to są wyczuwalne powyżej jego krzywizny mniejszej.	nie zmieniają położenia.
nerek	nie przesuwają się, lecz wyczuwa się je mniej wyraźnie, czasami znikają.	początkowo nieco podnoszą się ku górze, następnie stają się mniej wyczuwalne, wreszcie mogą zupełnie zniknąć; duże guzy nerkowe mogą nie znikać, natomiast wewnętrzny (przyśrodkowy) ich brzeg staje się trudniej macalnym; w niektórych przypadkach uwidacznia się lub daje się wyczuć okrężnica, idąca przed guzem.
reszty narządów zaotrzewnych, przylegających do tylnej ściany brzusznej	pozostają bez zmiany.	pozostają bez zmiany.
narządów leżących w nieprawidłowem miejscu	jeśli niema zrostów, przesuwają się w kierunku, odpowiadającym zwykłej siedzibie tych narządów.	jeśli niema zrostów, przesuwają się w kierunku odpowiadającym zwykłemu położeniu tych narządów.

[1]) Przegląd lekarski 1908, Nr 50—52.

Na uwagę zasługują jeszcze guzy krezki okrężnicy esowatej, wypuklające prawy fałd krezki i odsuwające okrężnicę esowatą na lewo. Guzy te bardzo przypominają guzy krezki jelit cienkich. Odróżnić je można przez zastosowanie rozdymania jelit, guzy bowiem krezki okrężnicy esowatej przesuwają się w tych warunkach razem z okrężnicą esowatą, guzy natomiast krezki jelit cienkich nie zmieniają swojego położenia. Rozdymanie jelit może nam dopomódz również do odróżnienia guzów krezki okrężnicy poprzecznej od guzów krezki jelit cienkich. Odróżnienie to jest wogóle zagadnieniem nie łatwem wobec ogromnej ruchomości jednych i drugich we wszystkich kierunkach. Dla rozstrzygnięcia tego pytania rozdymam jelita powietrzem i staram się wyjaśnić stosunek guza do okrężnicy poprzecznej: jeśli ta okrężnica leży niżej od guza lub przed guzem, to guz najprawdopodobniej nie jest usadowiony w krezce jelit cienkich. Jeśli natomiast okrężnica leży wzdłuż górnego brzegu guza, to zwracam uwagę, czy guz przesuwa się razem z okrężnicą ku dołowi; jeśli się przesuwa, to guz rozwija się w krezce okrężnicy poprzecznej; jeśli się zaś nie przesuwa, to zagadnienie pozostaje otwarte, tak bowiem guzy krezki okrężnicy poprzecznej, jak i guzy krezki jelit cienkich mogą okazywać tę właściwość.

Ze wszystkiego, co przedstawiłem w sprawie zmian guzów w zależności od rozdymania żołądka i jelit, wynika, że i kształt i położenie niektórych guzów brzusznych nieraz zmieniają się już w czasie tegoż badania i czasami zmieniają się tak znacznie, że guz może stać się na jakiś czas niemacalnym. Zwłaszcza odznaczają się tą właściwością guzy zaotrzewne, przylegające do tylnej ściany brzusznej, oraz guzy żołądka i jelit, których stopień wyczuwalności zależy nietylko od ilości zawartych w nich gazów, lecz i od stanu tkanki mięsnej ich ścian.

Z innych oznak, cechujących guzy jamy brzusznej, zwracam jeszcze uwagę na głębokość położenia guza, jedne bowiem z nich leżą powierzchownie, inne natomiast głęboko. Do tych należą guzy zaotrzewne, a więc trzustki, gruczołów zaotrzewnych, dwunastnicy i t. d., do tamtych guzy przedniej ściany brzucha oraz sieci większej. Jeżeli powłoki brzuszne są bardzo wiotkie, to nieduże guzy sieci oraz przedniej ściany brzusznej można nieraz uchwycić palcami ze wszystkich stron i przekonać się o braku wszelkiej ich łączności z głębiej leżącemi narządami. W sądzie jednak o głębokości położenia guza należy zachowywać wielką ostrożność, zwłaszcza u osób wyniszczonych, nieraz bowiem guz, który wydaje się na pierwszy rzut oka leżącym bardzo powierzchownie, w istocie, jak wykaże badanie po rozdymaniu żołądka lub jelit, może należeć do trzustki lub innego narządu zaotrzewnego.

Nie bez znaczenia w wielu przypadkach są też kształty guza. Wiadomo, że guzy gruczołów chłonnych są często płatowate, że w dolnym brzegu guzowato powiększonej wątroby wyczuć można bardzo znamienne wcięcia, że puchlina pęcherzyka żółciowego zazwyczaj zachowuje jego kształt i t. d.

Zebrawszy wszystkie te dane, przechodzę do ich analizy i ustalenia rozpoznania siedziby guza. Swoje wnioski sprawdzam badaniami dodatkowemi, mianowicie badaniem rentgenowskiem (w odpowiednich, rzecz prosta, przypadkach), badaniami czynności poszczególnych narządów i t. d. Większą wagę jednak, niż do tych badań pomocniczych, przykładam do całokształtu obrazu klinicznego. W każdym razie uwzględniam go przedewszystkiem, długoletnie bowiem doświadczenie kliniczne dowiodło mi ogromnej jego doniosłości dla rozpoznania siedziby guza w jamie brzusznej. Nie mogę tu omawiać szczegółowo tej sprawy, ograniczę się więc tylko do kilku wskazówek. Znany jest n. p. typowy obraz kliniczny raka trzustki, podany przez Barda i Picka. Składają się na niego przewlekła, coraz więcej wzmagająca się żółtaczka, szybko rozwijające się charłactwo i znaczne powiększenie się pęcherzyka żółciowego bez powiększenia wątroby. Wiemy, że tętniaki aorty brzusznej zwykle nie miewają znacznych rozmiarów, zmniejszają się od ucisku ponad guzem i okazują tętnienie we wszystkich kierunkach, czyli t. zw. tętnienie istotne. Torbiele trzustki nieraz pękają i znikają, po pewnym czasie znowu się zjawiają i t. d. Wolny płyn w jamie brzusznej towarzyszy zazwyczaj guzom sieci większej, a nieraz występuje również w przebiegu guzów otrzewnej (jakkolwiek tu często bywa otorbiony), wątroby, gruczołów zaotrzewnych, niekiedy zaś trzustki i krezki jelit cienkich. Żółtaczka najczęściej towarzyszy guzom trzustki (w 75%), następnie idą guzy wątroby, dróg żółciowych, oraz te z guzów dwunastnicy, które sadowią się w brodawce dwunastnicy lub naokoło tej brodawki. Charłactwo najszybciej się rozwija w toku raków trzustki, przebiegając z ogromnem ogólnem osłabieniem i z głębokiem wyczerpaniem sił, cechującem podmiotowe uczucie chery, najpowolniej zaś w toku raków nerek i zwłaszcza sieci większej, której złośliwe nowotwory mogą dochodzić nawet do bardzo znacznych rozmiarów, nie wywołując przez długi czas charłactwa.

Zestawiając dane, otrzymane przez oglądanie, obmacywanie i opukiwanie, z danemi uzyskanemi zapomocą innych metod badania, przedewszystkiem zaś z całym obrazem klinicznym, otrzymujemy zespół objawów, który w przeważającej liczbie przypadków pozwala rozstrzygnąć zagadnienie dotyczące siedziby guza w tym lub innym narządzie jamy brzusznej. Jeśli stan chorego nie pozwala przeprowadzić tak szczegółowego badania, zwłaszcza zaś, jeśli guz jest już bardzo wielki oraz jeśli są rozległe zrosty z narządami sąsiedniemi, nieraz z przejściem na nie, wtenczas usiłowania, by rozpoznać pierwotne siedlisko guza, bardzo często nie mogą być uwieńczone skutkiem pomyślnym.

Oceny i sprawozdania

Dr med. Aleksander Żebrowski: **Zarys otjatrji.** Warszawa 1921 (E. Wende i Sp.), str. 463 ze 109 ilustracjami.

Napisanie oryginalnego dzieła przez lekarza, pracującego wyłącznie lub przeważnie w trudnych warunkach praktyki prowincjonalnej, choćby nawet w większem mieście, jest, i to nietylko u nas, rzeczą wyjątkową. Starsze pokolenie lekarskie pamięta zdumienie, z jakiem powitało pierwsze dzieła Władysława Biegańskiego, zwłaszcza, gdy to były dzieła tej miary, jak »Diagnostyka różniczkowa«, »Zagadnienia z teorji nauk lekarskich«, albo »Logika medycyny«. Sam fakt już ich opracowania, nie mówiąc o ich jakości, świadczył o dzielności autora, pokonującego takie przeszkody, jak brak dobrze wyposażonego warsztatu klinicznego, brak publicznej biblioteki i tego wszystkiego, co daje środowisko uniwersyteckie.

Toteż i książka Dr Żebrowskiego jest niespodzianką, tem więcej, że chociaż od lat dwudziestu znane jest w naszem piśmiennictwie jego nazwisko, jako autora kilku poważnych prac, to jednak większa część jego działalności przypada na liczne spostrzeżenia, w całości drukiem nie ogłaszane, a tylko pokrótce streszczane w sprawozdaniach z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Lublinie.

Podręcznik swój pisał Dr Żebrowski z myślą o pożytku dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy-praktyków, z umysłu więc pomijał literaturę i nadał swej książce układ, mający na względzie przedewszystkiem uczących się. Oto tytuły rozdziałów: Badanie narządu słuchowego, choroby »muszli« (dlaczego nie »małżowiny«?) usznej i zewnętrznego przewodu słuchowego, jamy bębenkowej, wyrostka sutkowego; powikłania ropnych zapaleń ucha środkowego zewnątrzczaszkowe i wewnątrzczaszkowe; ropne i nieropne sprawy w błędniku; chirurgja ucha, odrębne właściwości chorób ucha u dzieci; choroby ucha w przebiegu chorób zakaźnych; uszkodzenia narządu słuchowego. Jak już z tego wyliczenia widać, nie trzymał się autor zwykłego schematu podręcznikowego ani w układzie, ani co do zakresu swej książki.

Treść dzieła stoi na poziomie współczesnej nauki i praktyki i świadczy o znacznem własnem doświadczeniu autora, należycie dla podręcznika zużytkowanem. Styl jasny, dobra polszczyzna, wyraźne staranie o dobre mianownictwo, oto inne zalety tej książki.

Druk i papier oraz obfitość rycin przypomina czasy przedwojenne, za co należy się uznanie wydawcy. Część jednak znaczna rycin pozostawia niestety sporo do życzenia, a niektóre są wprost nieużyteczne. r.

Fr. Giedroyć: **Słownik lekarski polski do działu chorób skórnych i wenerycznych.** Warszawa 1921. (E. Wende i Sp. [L. Fiszer]), stron 388. Jestto część wydawnictwa całego mianownictwa lekarskiego polskiego, zamierzonego przez zasłużonego historyka medycyny. Celem »nie jest tworzenie nazw nowych ani wybór najwłaściwszych z pośród już istniejących, lecz zebranie używanych dawniej i obecnie« — jak objaśnia sam autor w przedmowie, — a więc inwentaryzacja w zakresie lekarskim całego skarbu językowego na wzór ogólnych »Słowników języka polskiego«. Z takiego inwentarza da się może przy wydawaniu słowników do użytku praktycznego poczerpnąć niejedno wznowienie nazw staropolskich na użytek dzisiejszy. W wykazie źródeł, z których autor czerpie przytoczenia, uderza brak wzmianki o słownikach lekarskich, czyto Majera i Skobla, czy krakowskich z r. 1881 i 1905; byłoby też pożądane w dalszych zeszytach wydawnictwa podanie tytułów źródeł »in extenso«.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Embleton and Steven: **Meningokoki u ozdrowieńców po zapaleniu opon mózgowordzeniowych** (The Lancet, vol I, May 10, 1919.) Embleton and Bryant: **Siedlisko meningokoków u nosicieli stałych** (meningococcus carriers). Embleton and Steven: **Wyniki badania 905 nosicieli meningokoków.** (The Lancet, vol II. N 16, Octob. 18, 1919). W Centralnej Stacji dla ozdrowieńców w Netley mieli autorowie sposobność dokładnie zbadać zagadnienie, bardzo ważne nietylko dla wojska, ale i dla ludności cywilnej. W ciągu 2 lat (1914—1916) badano każdego ozdrowieńca średnio raz na tydzień i zwalniano dopiero wówczas, jeżeli trzykrotne badanie z rzędu w przerwach tygodniowych dawało wyniki ujemne. — W pierwszej swej pracy autorzy opisują szczegółowo leczenie miejscowe, mające na celu wytępienie meningokoków w jamie nosowogardłowej. Stosowano: wdychania chloraminu F, siarkanu cynkowego, 2) rozpylania chloraminu, flawinu, adrenaliny i t. d. 3) pendzlowania kwasem karbolowym, nalewką chlorku żelazawego (tinct. ferri perchlor.), 4) smarowania wnętrza nosa szarą maścią z oliwą i mentolem. Autorzy kładą szczególny nacisk na dokładne zbieranie materjału zakażonego z głębokich części nosa i gardła za pomocą drucików platynowych i miedzianych i podają sposób bakterjologicznego badania meningokoków w hodowlach, zapomocą aglutynacji i surowicy nasyconej (saturated) ziarenkowcami Hodgsona. Ogółem zbadano 135 osób. Wyniki dadzą streścić się w następujący sposób: 1) Meningokoki w cieczy mózgowordzeniowej i w jamie nosowogardłowej należą zwykle do jednego typu. W tym kierunku zbadano 36 osób. 2) Ozdrowieniec »nosi« tylko jeden określony typ meningokoków i jest niepodatny dla osiedlania się i rozwoju innych typów tego drobnoustroju. 3) Każdy ozdrowieniec jest nosicielem meningokoków średnio przez 6 miesięcy, a czasami dłużej.

W drugiej pracy autorzy opisują wyniki badania 40 nosicieli zarazków, z których tylko 21 chorowało na zapalenie opon mózgowordzeniowych. Autorom chodziło o ścisłe określenie miejsca, w którem ze szczególnem upodobaniem gnieżdżą się meningokoki. Okazało się, że przednie i górne części nosa oraz zatoki nosowe nie są zakażone. Meningokoki gnieżdżą się w migdałku Luschki, w dołkach Rosenmüllera, na tylnej ścianie nosa i gardła i w migdałkach. Przerost tkanki limfatycznej i zatkanie nosa sprzyjają zagnieżdżeniu się meningokoków na czas dłuższy, ale nie są koniecznym warunkiem.

Trzecia praca, najobszerniejsza, drobiazgowa, zawiera opis badania 905 osób, z których na zapalenie opon chorowało 86. Resztę zaliczają autorzy do kategorji nosicieli zdrowych (healthy carriers). Badania trwały od 29. IX 1916 r. do 26. IV 1919. Spostrzegany przez siebie materjał dzielą autorzy na 2 grupy: 1) nosicieli albo »czasowych«, jeżeli zakażenie nie trwało ponad 8 tygodni i 2) nosicieli »stałych«. Pierwsi są niebezpieczni dla otoczenia średnio w ciągu 24 dni; maximum wydzielania drobnoustrojów następuje w trzecim tygodniu. Czas trwania zakażenia u nosicieli stałych wynosi średnio $5^1/_2$ miesięcy, najdłuższy czas wynosił 634 dni czyli rok i 9 miesięcy. Większość przypadków, 80%, stanowią nosiciele czasowi. Wszelkie próby leczenia nietylko nie przynoszą korzyści, ale przeciwnie zdają się przedłużać okres zakażenia. Dlaczego po pewnym czasie meningokoki zaczynają znikać, odpowiedzieć trudno. Być może, że ulegają one przewadze innych drobnoustrojów, które osiedlają się w ich miejsce, albo też następuje taka przemiana meningokoków, wskutek której tracą one zdolność ulegania aglutynacji pod wpływem odpowiednich surowic. Zapewne znaczna część drobnoustrojów z jamy nosowogardłowej, nie dających się odróżnić od meningokoków, ale nie zdolnych do aglutynacji, nie jest niczem innem, jak tylko nową odmianą meningokoków. Najlepszym sposobem pozbycia się tych drobnoustrojów jest natura, świeże powietrze i ruch. K. Rozenfeld.

H. Mason Leete: **Odczyn Schicka i jego wartość w określeniu odporności przeciw błonicy.** (The Lancet, vol I N 4, Janv. 24, 1920). J. Renault et P. Lévy. **O odczynie błoniczym Schicka.** (Annales de médécine T. VII, N 3, 1920) Odczyn błoniczy (diphtérino-réaction), opisany w 1913 r. przez lekarza wiedeńskiego Schicka, wywołał szersze zainteresowanie w Europie dopiero w czasach ostatnich pod wpływem badań, podjętych na większą skalę w Stanach Zjednoczonych (Zingher, Park, Sérota, Bundesen, Cowie i inni). Ponieważ śmiertelność w błonicy jest tam większa niż u nas, lekarze amerykańscy nie poprzestają w celach zapobiegawczych na uodpornieniu biernem (surowicą), ale dążą do uodpornienia czynnego za pomocą odpowiedniej toksyno-antytoksyny. W praktycznem urzeczywistnieniu tych dążeń odczyn Schicka oddaje im cenne usługi. Urząd zdrowia w New-Jorku gorąco poleca ten sposób badania, zwłaszcza podczas epidemji, w celu wykrycia dzieci podatnych na zakażenie błonicą, w szkołach, szpitalach, żłóbkach i przytułkach. W ten sposób można zaoszczędzić znaczne ilości surowicy i uniknąć zbytecznego uczulania (sensibilisation) przynajmniej 65% osobników badanych. Prócz tego odczyn Schicka ma dużą wartość w kontrolowaniu uodpornienia czynnego i w rozpoznawaniu przypadków klinicznie wątpliwych. Poglądy autorów amerykańskich były punktem wyjścia poszukiwań Leetego, Renaulta, Levyego. Badanie polega na tem, że wstrzykuje się wśródskórnie maleńką dawkę toksyny błonicznej i zapisuje się wystąpienie, czas wystąpienia i charakter odczynu. Wynik zależy od podrażnienia komórek skórnych toksyną i wskazuje na brak odporności. Jeżeli we krwi jest obecna naturalna antytoksyna uodporniająca, to badanie daje wynik ujemny. Toksyna powinna być świeża, a minimalna dawka śmiertelna dla świnki morskiej wagi 250 gr. powinna być dokładnie określona. Wstrzykuje się 0,1—0,2 c. cm toksyny rozcieńczonej w ten sposób, żeby ilość wstrzyknięta zawierala $^1/_{50}$ minimalnej dawki śmiertelnej. Najodpowiedniejszem miejscem jest przednia powierzchnia przedramienia, 3—4 palce poniżej przegubu łokciowego. Odczyn dodatni w postaci małej czerwonej plamki z mniej lub więcej zaznaczonym naciekiem zaczyna występować wyraźnie po 24—48 godzinach i na 3—4 dzień dochodzi do szczytu. Autorzy opisują bardzo szczegółowo właściwości i przebieg odczynu dodatniego, różnicę między nim i odczynem rzekomym, odczyn »skombinowany« oraz sposób badania kontrolnego, który polega na ogrzaniu toksyny do 75° C. w ciągu 10 minut. Przy użyciu odpowiedniej toksyny błąd

w rękach doświadczonego badacza wynosi najwyżej 1% lub 2%.

Badania Leetego, wykonane w szpitalu miejskim w Edynburgu, obejmują 500 przypadków (dzieci od 1 do 15 lat), w tem 286 z odczynem dodatnim i 214 z odczynem ujemnym. U 110 dzieci, które poprzednio, na 1—70 dni przed badaniem, otrzymały leczniczą dawkę antytoksyny, odczyn Schicka był zawsze ujemny. Z 11 dzieci, które zapadły na błonicę, wszystkie z wyjątkiem jednego miały przedtem wyraźny odczyn dodatni. U 2 dzieci, w wieku 2 i 3 lat, które blisko stykały się z chorymi na błonicę, wobec ujemnego odczynu nie zastosowano surowicy uodporniającej i dzieci te nie zaraziły się wcale. Z 32 nosicieli laseczników błoniczych (bez objawów klinicznych) —14 miało odczyn dodatni, 18 ujemny. Celem sprawdzenia stałości odczynu powtórzył autor badanie w 60 przypadkach po przerwie 1—3 tygodniowej i z wyjątkiem jednego przypadku otrzymał te same wyniki.

Zgodnie z Leetem, Renault i Levy potwierdzają najzupełniej słuszność poglądów autorów amerykańskich. Badania ich obejmują 281 przypadków, w tem 39 nosicieli laseczników błoniczych. U 25 nosicieli odczyn był ujemny i w czasie epidemji żaden z nich nie zachorował na błonicę. Natomiast z 14 osób z odczynem dodatnim zachorowało 10. Autorzy dochodzą do wniosku, że odczyn Schicka ma wielkie znaczenie w zapobieganiu błonicy. Wykazuje on, że tylko osobniki, oddziaływające dodatnio, mogą zapadać na błonicę. Nie jest to jednak koniecznością, nawet u nosicieli zarazków. Musi tu jeszcze zadziałać jakaś bezpośrednia przyczyna. Przy obecnym stanie profilaktyki odczyn ten nie wyłącza badania i oddzielania nosicieli zarazków, albowiem zarazki znajdują się zarówno u osobników odpornych, jak i u podatnych na zakażenie błonicze. W czasie epidemji odporni powinni być odosobnieni, drudzy zaś bez względu na to, czy są nosicielami, czy nie, powinni być poddani leczeniu zapobiegającemu surowicą ewent. szczepionką. K. Rozenfeld.

Choroby dziecięce.

Karger: **Przyczynek do znajomości krzywicy mózgowej.** (Monatsch. f. Kinder. T. XVIII. Nr. 1.) Upośledzenie czynności statycznych nie pozostaje w ścisłym związku ze zmianami krzywiczemi w układzie kostnym: częstokroć dzieci z wybitnemi skrzywieniami lub nawet nadłamaniami wykonują niemal prawidłowo ruchy czynne, natomiast inne przy niewielkich zmianach okazują znaczne opóźnienie czynności statycznych. Powodem tego w znacznym stopniu są zmiany w układzie nerwowym, za czem szczególnie przekonująco przemawiają przypadki krzywicy, leczone naświetlaniem lampą kwarcową. Pod wpływem takiego leczenia zmiany kostne szybko ustępują, jednakże bez korzystnego wpływu na czynności statyczne. O zmianach w układzie nerwowym u krzywiczych świadczy często napotykane upośledzenie smaku, słabszy rozwój umysłowy, pocenie się przy bladej skórze, złe usposobienie psychiczne. Skrzywienia nóg nie należy uważać za wynik obciążenia, lecz za skutek nieprawidłowej, jednostronnej inerwacji pewnych grup mięśniowych, podobnie, jak się tłumaczy skrzywienia kończyn górnych i żeber. W leczeniu krzywicy należy przedewszystkiem uwzględniać składnik nerwowy, uprawiając ćwiczenia w ruchach. Bujak.

Czerny i Eliasberg. **Leczenie ciałami proteinowemi charłactwa u dzieci gruźliczych.** (Monatsch. f. Kinderh. T. XVIII. Nr. 1.) Wstrzykiwania podskórne prawidłowej surowicy końskiej, stosowane codziennie w ilościach wzrastających od 0·5 do 2 cm³ przez kilka miesięcy, wywierają korzystny wpływ na stan ogólny dzieci, dotkniętych gruźlicą płuc lub narządów brzusznych. Bujak.

F. Gröer. **W sprawie praktycznego znaczenia pojęcia wartości odżywczej, obok kilku uwag o minimum tłuszczu u oseska.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII). U 2 słabych oseskó w podano wkrótce po urodzeniu pokarm sztuczny, złożony z mleka najdokładniej odwirowanego (około 0,01% tłuszczu) i cukru w ilości wyrównującej, a nawet podwajającej wartość kaloryczną mleka pełnego t. j. 8·5 wzgl. 25·5%. W obu doświadczeniach, trwających 6 i 3 miesiące, wzrost przebiegał prawidłowo, rozwinęła się jednak krzywica. Teoretyczne rozważania obliczeń kalorycznych nie nadają się do krótkiego streszczenia. Bujak.

F. Gröer. **W sprawie »meningoencephalismus«.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII). Nazwą »meningoencephalismus» określa G. zbiór objawów zadrażnienia oponowo-korowego, który pojawia się w początkach ogólnych chorób zakaźnych, a nie musi być połączony z uchwytnemi zmianami patologiczno-anatomicznemi. Ten zbiór objawów występuje także i w innych stanach chorobowych, jak gruźlica, oparzenie, choroba posurowicza. Wspólną cechą wszystkich spraw, wywołujących objawy oponowo-korowe, jest zwiększony rozpad tkanek. Do powstawania objawów oponowo-korowych usposabia wiek młodszy i niedożywienie, stąd częstsze występowanie w czasie wojny. Klinicznie można odróżnić typ oponowy i mózgowy (encefalityczny). W tym ostatnim cechujące są objawy ogniskowe, jak objaw Babińskiego, nierówność odruchów, niedowład mięśni ocznych i innych grup mięśniowych. Rokowanie co do objawów oponowo-mózgowych jest dobre, samo jednakże ich pojawienie się należy uważać za wskaźnik ciężkości schorzenia pierwotnego. Bujak.

M. L. Camus: **W sprawie wczesnego szczepienia noworodków.** (Bull. de l'Acad. de méd 1920, 28). Szczepienie ochronne przeciw ospie u noworodków poniżej 3. miesiąca życia jest mało pożyteczne, ponieważ dzieci w tym czasie są z natury odporne przeciw ospie. Nadto jest szczepienie w tym czasie połączone z niewygodami i często daje wyniki ujemne. Autor zestawia swoje spostrzeżenia co do szczepionki u dzieci powyżej 6 miesięcy, między 3 a 6 miesiącami i poniżej 3 miesięcy życia. Z tych spostrzeżeń wynika, że szczepionka słabsza daje dodatnie wyniki u 100% dzieci pierwszych 2 grup, a tylko u 53% dzieci trzeciej grupy, szczepionka zaś mocniejsza daje także 100% skutecznych szczepień u dzieci najmłodszych. Wogóle dzieci są tem odporniejsze wobec szczepienia, im są młodsze i jeżeli się chce szczepić z powodzeniem dzieci zdrowe poniżej 3 miesięcy, należy stosować szczepionki świeże, najbardziej czynne. Dr. Blassberg (Kraków).

Eliasberg i Schiff. **Odczyn moczu własnego według Wildbolza u dzieci gruźliczych.** (Monats. f. Kinderh. T. XVIII) Wildbolz stwierdził, że w moczu chorych na czynną gruźlicę pojawia się ciało, które wstrzyknięte śródskórnie wywołuje odczyn podobny do tuberkulinowego. W tym celu zbiera się jałowo mocz, zagęszcza w 70° w próżni do $^1/_{10}$ objętości; po oziębieniu

sączy się przez bibułę, napojoną 2% wodą karbolową, a przesącz wstrzykuje śródskórnie. Odczyn po 48 godzinach w przypadkach dodatnich przedstawia się jako naciek, zaczerwieniony, niekiedy z martwicą środkową. Własne spostrzeżenia autorów opierają się na 40 chorych, których przedewszystkiem badano co do odczynu tuberkulinowego, a potem co do odczynu na mocz własny i mocz innych chorych. Na podstawie tych spostrzeżeń nie można stwierdzić, aby odczyn moczu własnego był cechującym wyłącznie dla czynnej postaci gruźlicy. Bujak.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności za r. 1920.

Odczyty: 1. Seweryn Sterling: O rokowaniach w suchotach przewlekłych. 2. F. Venulet: O szczepionkach przeciwgrypowych. 3. Tenże: O wzajemnym stosunku odczynów Widala i Weil-Felixa. 4. Tenże: Dalsze spostrzeżenia w dziedzinie serodiagnostyki syfilisu (Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi). 5. Tenże: O wpływie na ustrój protein, wprowadzonych pozatrzewiowo. 6. Margolis: O stosowaniu pozatrzewiowem mleka w zapaleniu płuc grypowem. 7. Z. Mierzyński: O stosowaniu mleka pozatrzewiowo w uporczywej rzeżączce u kobiet. 8. A Mikulski: Encephalitis lethargica. 9. A. Margolis: Ze statystyki duru plamistego w Łodzi 1917—1920. 10. Z. Askenazy (Krynica): Myocarditis. 11. Seweryn Sterling: O wartości rozpoznawczej i rokowniczej białych ciałek krwi. 12. Tenże: Postępy antropologji klinicznej. 13. T. Mogilnicki: Angina Vincenti. 14. H. Frenklowa: Dyzenterja u dzieci. 15. J. Maybaum: Próby nieoperacyjnego leczenia nowotworów złośliwych. 16. A. Mikulski: Sprawozdanie ze zjazdu psychiatrów w Warszawie. 17. W. Stanisławski: O nowych kierunkach walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, oraz zastosowanie ich w Polsce. 18. M. Kon: Niedrożność kiszek. 19. Seweryn Sterling: O wysypkach i wybroczynach. — Pokazów chorych było 40, pokazów preparatów 18.

Wiadomości bieżące.

Naczelnik państwa otrzymał od Uniwersytetu warszawskiego honorowy doktorat medycyny.

Walka z epidemjami. Odwiedziła Warszawę grupa przedstawicieli Ligi Towarzystw czerwonego krzyża i Biura międzynarodowego higjeny publicznej i odbyła konferencję z kierownikiem Ministerstwa zdrowia Dr Chodźką i naczelnym komisarzem epidemicznym prof. Dr Godlewskim w sprawie dopomożenia Polsce w zwalczaniu epidemji. Spodziewana pomoc Ligi wyraża się kwotą 250.000 funtów sterlingów. Misja Ligi zwiedziła następnie kresy północnowschodnie Państwa.

Z Uniwersytetów. Prof. Czubalski i Konopacki w Warszawie zostali mianowani profesorami zwyczajnymi. — Dr Jan Olbrycht habilitował się w Krakowie z zakresu medycyny sądowej, a Ministerstwo W. i O. habilitację tę zatwierdziło.

Z Towarzystw naukowych. W Warszawie powstało w lutym b. r. Polskie Towarzystwo dermatologiczne, które przejęło »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych« i wydawać go będzie jako swój organ w formie kwartalnika. Komitet redakcyjny stanowią Dr Bernhardt, Kopytowski, prof. Krzyształowicz, Malinowski, prof. Sowiński, Sterling W., Watraszewski, Wernic i Wojciechowski z Warszawy, Karwowski z Poznania, prof. Lenartowicz i doc. Walter z Krakowa, prof. Łukasiewicz i doc. Leszczyński ze Lwowa. — Również w Warszawie zawiązało się Towarzystwo chirurgów polskich pod przewodnictwem prof. B. Sawickiego, które zamierza wydawać własny organ, a w r. b. zwołać zjazd chirurgiczny polski.

Towarzystwo lekarskie francusko-polskie powstało na miejscu Komitetów lekarskich francusko-polskich. Wpisy do krakowskiego Koła Towarzystwa przyjmuje doc. Dr Gieszczykiewicz (ul. Czysta 16), aż do konstytuującego zebrania Koła, które się odbędzie we środę 15. czerwca 1921 o godz. 7 wieczór w Domu Towarzystwa lek. krak. (Radziwiłłowska 4). Celem Towarzystwa jest rozwój stosunków naukowych i zawodowych lekarzy obu narodów, złączonych tradycyjną sympatją. Członkowie Towarzystwa będą korzystać ze zniżonej przedpłaty czasopism.

Związek lekarzy Państwa polskiego wybrał na Walnem Zgromadzeniu w Warszawie prezesem Dr Trzcińskiego, wiceprezesem Dr Osińskiego, skarbnikiem Dr Muttermilcha, sekretarzem Dr Wagnera; z Małopolski wybrano do Zarządu tylko Dr Papéego i Nowickiego ze Lwowa.

Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa uprzejme podziękowanie WPani Drowej Aleksandrze Mączkowej, która spełniając ostatnią wolę ś. p. Dr Tomasza Mączki z Krakowa, darowała Bibliotece Towarzystwa kilkanaście roczników czasopism lekarskich, oraz kol. Dr J. Weinsbergowi z Krakowa za roczniki czasopism, ofiarowane Bibliotece.

II. Międzynarodowy Zjazd historyczno-lekarski odbędzie się w Paryżu 1—5 czerwca 1921. Na porządku dziennym m. i.: 1) Studja historji szpitali we wszystkich krajach, 2) Źródła do oceny racji żywnościowej w starożytności i w wiekach średnich, 3) Badania i oznaczenie wielkich epidemij historycznych. Wyjaśnień w sprawie zjazdu udziela prof. Dr Szumowski w Krakowie.

Sprawozdawca do »Zentralblatt für Neurologie u. Psychiatrie«, Dr med. H. Higier (Warszawa, Królewska 29) prosi o przesyłanie odbitek prac tych autorów, którzy życzą sobie sprawozdania w tem czasopiśmie.

Choroby zakaźne w Krakowie od 6. III. do 16. IV. 1921. Płonica 27, † (zmarło) 5, błonica 15 †4, dur brzuszny 37 † 5, dur plamisty 24 † 5, dur powrotny 2, czerwonka 3, nagm. zapalenie opon 6 † 2, ospa 1.

Zmarli: Dr Edward Zieliński, wybitny klinicysta w Warszawie; Dr Emil Dach, ppłk.-lek. W. P., w 51 r. ż. w Łodzi; Dr Henryk Onichimowski, kierownik szpitala epidemicznego, jako ofiara zawodu, w 32 r. ż. w Kozienicach; Dr Władysław Jarosz, b. dyrektor szpitala w Złoczowie, dyrektor sanatorjum w Rudce, w 56 r. ż. w Warszawie; Dr Juljan Czyrniański w 61 r. ż. i Dr Bolesław Kostecki w 65 r. ż. w Krakowie.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 6. Należytość pocztowa gotówką uiszczona. Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 15·—, w nadesłanem Mkp. 17·—, w tekście Mkp. 20·—. załącznik Mkp. 400.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

»Do Nru tego załącza się prospekt firmy Klawe z Warszawy«.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do operacyjnego leczenia wypadnięcia macicy.

Podał

Dr Fr. Słęk

Z oddziału chirurgicznego szpitala pow. w Przemyślu.

Wypadnięcia macicy całkowite należą do tych schorzeń narządu rodnego kobiecego, które pomimo całego szeregu sposobów, mających przywrócić prawidłowe stosunki, opierają się wszelkim zabiegom ginekologiczno-chirurgicznym i łatwo z biegiem czasu dają nawroty.

Ostatnie lata, z powodu wzmożonej fizycznej pracy kobiet, zwiększyły częstość tego uporczywego cierpienia nawet u kobiet młodych.

Nie mam zamiaru zajmować się tu teorjami powstawania tego cierpienia, ani też roztrząsać zalety i wady różnych sposobów operacyjnych. Wszystkie te sposoby polegają na wspólnej zasadzie, na odpowiedniem umocowaniu, przemieszczeniu macicy, a od sposobu przyszycia zależy mniej lub więcej trwały wynik pooperacyjny. Do używanych powszechnie należą »kolporrhaphia«, (Le Fort, Fritsch), »promontorifixatio« (Schmidt, Oehlecker), »suspensio uteri« zapomocą klamer (Schiffmann, Latzko), »exclusio fossae vesicouterinae«, (Bumm, Freund, Flatau, Schauta-Wertheim), »hysteropexia« (Kocher, Neugebauer, Küstner, Kośmiński), »collifixatio uteri« (Bumm); nadto podano wiele modyfikacji, mniej lub więcej zawikłanych.

Ponieważ jako chirurg muszę w szpitalu wykonywać zabiegi operacyjne ginekologiczne, przeto miałem sposobność niejednokrotnie próbować tej lub owej metody, jednak z wyników nie byłem zadowolony. W przypadkach operowanych sposobem Kośmińskiego, Kochera, spostrzegałem w krótkim stosunkowo czasie nawroty, a w miejscu przyszycia wytworzenie się długiego zrostu z otrzewnej w postaci postronka pomiędzy powłokami brzusznemi a macicą. Winą nie było złe lub niedokładne przyszycie, lecz wadliwy sposób operacyjny.

Z tego powodu postanowiłem w celu mocnego i trwałego przyszycia macicy do powłok brzusznych użyć przedniej pochewki obu mięśni prostych brzucha i postąpiłem w następujący sposób, (dla dokładności opisu dzielę zabieg na 6 części):

1) Przecięcie skóry jamy brzusznej w linji środkowej, pomiędzy pępkiem, a spojeniem łonowem, około 10 cm., aż do linji białej, bez jej nacięcia.

2) Po rozchyleniu skóry hakami na oba boki, tak, aby przednia pochewka obu mięśni prostych była widoczną dla oka, robię cięcie poprzeczne w pochewce, aż do mięśni, długości 5—6 cm. Cięcie to leży mniej więcej w $^1/_3$ odległości między pępkiem a spojeniem, a odległość jego zależy od wielkości wypadniętej macicy. (Gdy macica bardzo wypada, cięcie leży dalej i wyżej od spojenia, gdy wypadnięcie jest mniejsze, to cięcie poprzeczne należy poprowadzić bliżej spojenia).

3) Następnie, odciągnąwszy hakami mięśnie proste na boki, otwieram otrzewnę pomiędzy 2 szczypczykami i wsunąwszy rękę do jamy brzusznej, wydobywam macicę na zewnątrz i chwytam ją hysterotraktorem.

4) Wydobywszy macicę na zewnątrz, przecinamy jajowody tuż przy macicy i po pokryciu kikutów otrzewną, po upewnieniu się, że pomiędzy pochwą, pęcherzem, a powłokami brzusznemi niema pętli jelit, obszywam otrzewnę naokoło macicy na jej granicy nadpochwowej, tak aby tylko sam trzon macicy był widoczny poza powłokami brzusznemi.

5) Obszywszy macicę naokoło otrzewną, przystępuję do najważniejszego aktu całej operacji, a mianowicie, do poprzecznego nacięcia w pochewce mięśni prostych, równolegle do cięcia, opisanego pod 2, ale poniżej około 2 cm. Powstaje w ten sposób płat poprzeczny z pochewki mięśnia prostego, bocznemi swemi częściami będący w ścisłym związku z powięzią mięśni skośnych. Na ten płat, wytworzony z pochewki mięśni prostych, układam trzon macicy, przechylając ją ku spojeniu łonowemu i przyszywam kilkoma szwami do mięśni prostych, odpreparowawszy nieco ku dołowi ich pochewkę. Następnie p o n a d m a c i c ą zeszywam kilkoma szwami węzełkowemi brzegi cięć w pochewce mięśni prostych, chwytając szwami i macicę. W ten sposób umocowana macica ma za podporę płat, na którym jest zawieszona, a ponad sobą zeszytą pochewkę mięśni prostych.

5) W końcu następuje zeszycie skóry. Zaletą tego sposobu, jak się miałem sposobność przekonać, jest z jednej strony silne umocowanie macicy w powłokach brzusznych, z drugiej usunięcie zagłębienia pęcherzowomacicznego, a tem samem wpływu tłoczni jamy brzusznej, która bywa uważana za przyczynę nawrotów. Sposobem tym operowałem 20 przypadków, z których pierwszy wykonałem przed 10 laty i po dzień dzisiejszy nie zauważyłem ani żadnych dolegliwości w postaci bólów ciągnących, ani żadnego utrudnienia przy oddawaniu moczu.

Pomimo, że operacje te dokonane były na kobietach ciężko pracujących, to jednak nie spostrzegłem nawrotów, nawet w takim przypadku, w którym z powodu ropienia rany (z winy chorej, która sama zanieczyściła sobie ranę palcami, drapiąc pod opatrunkiem), doszło do przepukliny w 2 lata po dokonanym zabiegu. W przypadku tym przy operacji, mającej za cel usunięcie przepukliny, znalazłem macicę silnie przyrośniętą i umocowaną.

Z operowanych kobiet żadna nie zmarła.

Zachęcony dobremi wynikami podaję mój sposób w celu wypróbowania go, gdyż jest to sposób łatwy, a wyniki jego, jak moje przypadki wskazują, są, zdaje się, trwałe.

W sprawie techniki nakłucia lędźwiowego.

Podał

Dr L. E. Bregman.

Z oddziału dla chorych nerwowych i wewnętrznych Dr Bregmana w szpitalu na Czystem w Warszawie.

(Odczytane na posiedzeniu lekarzy szpitalnych 11. III. 1921).

Przy dokonywaniu nakłucia lędźwiowego zdarza się często, że płyn mózgowordzeniowy nie wypływa wcale, pomimo, że kierunek i głębokość wprowadzenia igły oraz uczucie, doznawane przy przekłuciu opony twardej, dowodzą, iż igła znajduje się istotnie w przestrzeni podpajęczynówkowej. Przyczyny tego mogą być różne. Płyn ropny może być tak gęsty, iż nie przechodzi przez igłę, albo przy nakłuciu naruszono naczynie i skrzep krwi igłę zatkał, albo też przy przebijaniu części miękkich strzęp tkanek dostał się do igły, albo korzenie ogona końskiego założyły otwór igły. Przeprowadzenie przez igłę mandryna lub drucika, lekkie posunięcie jej wprzód lub w tył, ewent. ponowne nakłucie w sąsiedniej przestrzeni międzykręgowej dać może w tych razach pożądany wynik.

Aliści w wielu przypadkach sposoby te pozostają bezowocne. Przyczyna ujemnego wyniku nakłucia tkwi wtedy gdzieindziej. Przypuszczamy w tych razach — a najczęściej są to przypadki z powiększeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego —, przerwanie połączenia pomiędzy przestrzenią podpajęczynówkową w czaszce i w kanale kręgowym, bądź wskutek sklejenia i zrostów w obrębie opon i komór, wskutek zamknięcia otworu Magendiego, bądź wskutek załamania się wodociągu Sylwjusza i zamknięcia jego światła, bądź wreszcie wskutek wtłoczenia rdzenia przedłużonego i móżdżku do otworu potylicznego. Co w takich razach czynić należy, tego żaden z autorów, roztrząsających powyżej podane możliwości, nie podaje, uważając widocznie wynik ujemny nakłucia za ostateczny. Można, rzecz prosta, zastąpić wówczas nakłucie lędźwiowe nakłuciem komory bocznej. U osesków z otwartem ciemiączkiem jestto zabieg względnie ła-

twy, u dzieci starszych jednak i u dorosłych bez porównania większy, aniżeli nakłucie lędźwiowe, wymagający większego »aparatu« i — najczęściej — pomocy chirurga. W szczególności, gdy chodzi o zastosowanie surowicy leczniczej, to wstrzyknięcie wprost do komór (Lewkowicz, Natter i autorzy amerykańscy) może znajdzie w przyszłości jeszcze szerokie zastosowanie, a w pewnych razach, n. p. w ograniczonem zapaleniu komór*), już teraz jest sposobem najodpowiedniejszym. W większości przypadków jednak damy w obecnym stanie rzeczy pierwszeństwo nakłuciu lędźwiowemu, które stało się już powszechnym dobytkiem lekarzy i uważane jest za zabieg prostszy i mniej ryzykowny.

W dniu 14 II. r. b. przybyło na oddział dziecko 6-miesięczne K. P. Ciepłota ciała 39⁰. Sztywność mięśni karku, tężec tylny, wymioty, niepokój, drgawki. Nakłucie lędźwiowe (15. II) wykazało płyn mętny, wypływający przy małem ciśnieniu, liczne leukocyty wielojądrzaste, meningokokki. Wstrzyknięto 4 gramy surowicy przeciwmeningokokowej. 17. II. stan dziecka bez zmiany. Przy nakłuciu płyn nie wypływa wcale. Wstrzyknięto 5 grm. surowicy podskórnie. 18. II. i 19. II. ponowne nakłucia lędźwiowe z wynikiem ujemnym. Stan dziecka nadal ciężki, ciepłota około 39⁰, tężec tylny bardzo wybitny. 20. II. nie mogąc otrzymać płynu, zwróciłem uwagę na położenie głowy i poleciłem pielęgniarce nachylić głowę dziecka ku przodowi, pokonując z wielką ostrożnością sztywność mięśni karku. Wynik był zdumiewający: w tej samej chwili płyn mózgowo-rdzeniowy polał się strumieniem. Po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu, wstrzyknięto ½ flakona surowicy. Ten sam zabieg i z tym samym wynikiem powtórzyliśmy nazajutrz 21. II. Tegoż samego dnia ciepłota spadła do 37⁰, stan dziecka całkowicie się zmienił. Obecnie (dnia 11. III.) jest ono zdrowe.

Sposób powyżej podany jest tak prosty, że dziwić się należy, iż dotychczas nie był stosowany. W dostępnem mi piśmiennictwie nie spotkałem nigdzie żadnej o tem wzmianki. Oczywiście może i ten sposób niezawsze okaże się skutecznym. Tak n. p. w przypadkach, w których ujemny wynik nakłucia lędźwiowego jest skutkiem zlepów i zrostów opon i zamknięcia otworu Magendiego, wątpliwem jest, czy nachylenie głowy zmienić może ten stan rzeczy; prawdopodobniejszy natomiast jest wynik tam, gdzie móżdżek i pień mózgowy uległy wtłoczeniu ich do otworu potylicznego albo wodociąg Sylwjusza uległ przegięciu.

Ten sam zabieg, przechylenie głowy ku przodowi, powinno się zastosować także i wtedy, gdy płyn mózgowordzeniowy początkowo wypływa pod ciśnieniem prawidłowem lub nawet zwiększonem, a naraz ciśnienie raptownie się zmniejsza i wypływ ustaje; również i w tych przypadkach, w których ciśnienie jest odrazu bardzo małe i płyn wypływa tak rzadkiemi kroplami, że nie możemy osiągnąć ani znaczniejszej dekompresji, ani wydostać ilości płynu, dostatecznej dla umożliwienia wstrzyknięcia surowicy. Tak n. p. w przypadku wtórnego wodogłowia w następstwie zapalenia opon powiodło mi się tylko po nachyleniu głowy wypuścić dostateczną ilość płynu i sprowadzić znaczne zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego (zapadnięcie się ciemiączka), a w następstwie znaczną poprawę stanu dziecka. W tych razach prawdopodobnie płyn wypływający początkowo pochodzi tylko z kanału kręgowego, z jamy czaszkowej zaś nie otrzymujemy płynu wcale lub też bardzo mało, a dopiero szerokie otwarcie połączenia między czaszką a kanałem kręgowym umożliwia wydobycie dużej ilości płynu mózgowordzeniowego.

Spostrzeżenia powyżej podane wskazują zarazem, że przy mierzeniu ciśnienia płynu mózgowordzeniowego należy uwzględniać także położenie głowy, które, przynajmniej w przypadkach patologicznych, wpływa w wysokim stopniu na powiększenie, względnie zmniejszenie ciśnienia. W dawniejszych pracach o ciśnieniu płynu mózgowordzeniowego położenia głowy zupełnie nie brano na uwagę. W r. b. Barré i Schrapf w pracy, ogłoszonej już po odczytaniu niniejszego doniesienia na zebraniu »Société méd. des hopitaux« (ref. Presse médicale Nr 28) podają, że ciśnienie płynu mózgowordzeniowego (mierzone manometrem Claudea) w pozycji siedzącej przy nachyleniu głowy ku przodowi wynosi około 40 cm. sześc., przy podniesieniu głowy zaś podnosi się o 5 do 10 cm sześc. Wynik ten, będący pozornie w sprzeczności z naszemi spostrzeżeniami, prawdopodobnie tłomaczy się tem, że autorzy badania swe przeprowadzali w prawidłowych warunkach krążenia płynu mózgowordzeniowego, wtedy bowiem przy podniesieniu głowy ciśnienie płynu w jamie czaszkowej przenosi się w prostej linji na rdzeń i dlatego otrzymujemy liczby większe. Natomiast w sprawach, o których tutaj była mowa, zapalenie opon, wywołując sztywność karku i przechylenie głowy ku tyłowi, stwarza warunku patologiczne, tamujące połączenie pomiędzy czaszką a kanałem kręgowym, które dopiero przez zmianę położenia głowy zostaje przywrócone.

*) Woringer. Meningite meningococcique à forme ventriculaire. — Archives de medecine des enfants. Mars 1921.

W sprawie leczenia gruźlicy płuc wstrzykiwaniami mleka.

Podał **Dr Walenty Jeż** (Dobczyce).

Nie znajdując w dostępnem mi piśmiennictwie polskiem żadnej wzmianki o leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami podskórnemi mleka, pragnąłbym pobudzić zainteresowanie się tą sprawą, szczególnie zakładów do tego się nadających, gdzie jest możliwe dokładne badanie i analiza poszczególnych przypadków. Dlatego chcę tu podać moje, dotąd nieliczne przypadki gruźlicy płuc, leczone wstrzykiwaniami podskórnemi mleka. Moje w tym kierunku doświadczenia poruszę tylko sumarycznie, bo jako lekarzowi praktycznemu brak mi i odpowiedniego czasu, a z powodu odległości od centrum naukowego brak mi piśmiennictwa i dokładnych badań.

Wyniki leczenia mlekiem gruźlicy w moich przypadkach były poprostu zadziwiające. Jeszcze podczas pobytu mego w Austrji zacząłem w przypadkach gruźlicy płuc w okresie początkowym, a więc nacieków w szczytach, zastosowywać wstrzykiwanie tuberkuliny wolnej od białka (»albumosfreies Tuberkulin«), nadającej się do ambulatoryjnego leczenia gruźlicy płuc. W jednym z tych przypadków odczyn po wstrzykiwaniach był tak silny, że mimo zmniejszenia dawki gorączka za każdym razem dochodziła do 40⁰ C. i więcej. Z powodu tak silnego odczynu chciałem już zaprzestać dalszych wstrzykiwań, gdy mi wpadła do ręki rozprawka prof. Schmida (z Pragi) o leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami mleka. Schmid dochodzi do wniosku, że wstrzykiwanie mleka wywołuje tensam odczyn co tuberkulina, a tuberkulina nie może być uważana za środek swoisty przeciw gruźlicy. Schmid stwierdził po wstrzykiwaniach mleka zniknięcie prątków Kocha, a w każdym przypadku leczonym mlekiem mimo złych warunków żywienia się (były to bowiem czasy wojenne) ciężar ciała podnosił się o 4—6 kg., stan zaś płuc ulegał wielkiemu polepszeniu. Na podstawie tej pracy zacząłem u wyżej wspomnianego chorego w dalszem leczeniu stosować wstrzykiwanie mleka, począwszy od 0·20 cm³ i doszedłem w ciągu czterotygodniowego stosowania do 2 grm. na dawkę, przyczem zmiany w płucach całkiem znikły, chory nie skarżył się na żadne dolegliwości ze strony płuc, a ciężar ciała w ciągu 4 tygodni podniósł się o 8 klg. Otrzymawszy w tym przypadku tak korzystne wyniki, stosowałem jeszcze w 5 innych przypadkach wstrzykiwanie mleka, we wszystkich ze skutkiem bardzo dobrym. Stwierdzałem we wszystkich znikanie rzężeń, zniknięcie potów nocnych, poprawę ogólną, a w jednym przypadku, gdzie przed leczeniem były w plwocinie bardzo liczne prątki Kocha, po dziesięciu wstrzykiwaniach 3 cm³ mleka z trudnością tylko dały się prątki wykryć.

Ponieważ leczenie to w początkowych okresach gruźlicy płuc daje tak pomyślne wyniki, a sposób stosowania jest prosty, dający się przeprowadzić ambulatoryjnie, w czasie leczenia chory może oddawać się swemu zatrudnieniu, przeto należałoby próbować go w każdym przypadku niedaleko posuniętej sprawy.

We wszystkich moich przypadkach rozpoczynałem od dawki 0·2 cm³ mleka, podwyższając ją stosownie do odczynu co drugi lub trzeci dzień aż do 2 cm³, a w jednym nawet do 3 cm³. Odczyn jest albo miejscowy, a więc w płucach samych (wzrost rzężeń, kaszel), lub też ogólny, jak podniesienie ciepłoty, ból głowy, dreszcze, brak apetytu, brak snu i t. d. Po zupełnem przejściu odczynu podnosiłem dawkę znów o 0·2 lub więcej, stosując się do ogólnego stanu chorego. Nieprzyjemnych powikłań nie spostrzegałem nigdy. Oprócz wstrzykiwań chorym nic nie podawałem, polecając im tylko szanować się, unikać ciężkiej pracy, używać dużo świeżego powietrza, dobrego odżywienia.

Leczenie wstrzykiwaniami mleka będę przeprowadzać jeszcze dalej na odpowiednich przypadkach, które potem podam zbiorowo do wiadomości, poprzestając na razie tylko na tej krótkiej wzmiance.

Oceny i sprawozdania

Jan Danysz: **Teorja chorób zakaźnych i niezakaźnych.** Tłumaczył Dr Wacław Moraczewski, docent Uniw. lwowsk. Lwów-Warszawa 1921 (Książnica polska T-wa nauczycieli szkół wyższych), stron 79. Pomimo obfitego posługiwania się literaturą, głównie francuską, nie jest książka Danysza monografją, obejmującą całokształt zagadnienia i przedstawiającą przedmiotowo wszystkie poglądy, lecz jest przedewszystkiem wyrazem własnych zapatrywań autora. Wynik szczegółowych wywodów jego streszcza się głównie we »wnioskach teoretycznych«, ale i »wskazówkach leczniczych« (na str. 72) następujących: »Każda choroba jest zawsze wynikiem zburzenia równowagi odżywczej pewnych komórek, które powstaje a) bądź przez trucizny chemiczne krystaliczne, które wprost czepiają się ciał komórki, zmieniając ich skład i oddziaływanie, b) bądź przez antygeny, które wywołują przenikanie do krwi przeciwciał (sic!) w nadmiarze i zmuszają pewne komórki do nadmiernego wydzielenia kosztem normalnych czynności, c) bądź przez podniecenie bezpośrednie pewnych ośrodków nerwowych przez trucizny, antygen lub wzruszenie«. »Większość, jeżeli nie wszystkie choroby przewlekłe niezakaźne, idjosynkrazje powstają przez antygeny pochodzenia kiszkowego, za warunek mają stan anafilaktyczny pewnych tkanek...« »Leczenie wymienionych chorób przez ciała wywołujące antygeny, wydobyte z roślinności (sic!) kiszkowej własnej lub obcej (sic!)... wykazywało największą skuteczność i najtrwalsze wyniki«. »Preparat obcy najbardziej czynny, jakiśmy otrzymali dotychczas, składa się z mieszaniny 6 gatunków drobnoustrojów« i »okazał w niektórych razach działanie mocniejsze, niż preparaty własnego ustroju«. (Ostatnie zdanie w oryginale drukiem rozstrzelonym). »Preparat ten stanowią dwa gatunki bacterii coli, gatunek proteus, ziarniaka kiszkowego, paciorkowca i dwuziarniaka«. Dokładniejszych szczegółów o tym swoim preparacie autor nigdzie nie podaje, a czytelnikowi przypomina się w tem miejscu mimowolnie sposób, w jaki wchodziły zrazu w świat tuberkulina i laktobacillina... i pomimo następującego potem wywodu teorji odporności, anafilaksji i przeciwanafilaksji nasuwa mu się wątpliwość, czy zamiast tłómaczenia tej książki nie byłoby użyteczniej wydać tłómaczenia jakiej przedmiotowej monografji lub podręcznika, (choćby nie przez Polaka w obcym języku pisanych), tak nam na razie brakujących w bardzo wielu działach medycyny.

Tłomaczenie nie jest zadowalniające. Tłómacz starał się widocznie jak najmniej oddalać od oryginału, ale też przez to w niejednym ustępie, aby tłómaczenie zrozumieć, trzebaby zajrzeć do francuskiego tekstu. W licencjach językowych posuwa się tłómaczenie zadaleko; niepodobna chyba »in vitro« przekładać na polskie »w szkle«, jak to się stale powtarza w tłómaczeniu książki Danysza (»zmiany, jakim ulega arsenobenzol we szkle i w ustroju«) i t. p. Mianownictwu polskiemu także nie wyświadcza się przysługi, tworząc takie wyrazy, jak n. p. »przeciw-roz-odpornienie«, chrzcąc »koloidy« bez potrzeby nazwą »ciał kleistych«, wogóle zaś z polszczyzną obchodzi się tłómaczenie dosyć liberalnie, jak widać już z próbek przytoczonych powyżej lub choćby następującej: »Działanie to będzie wyłącznie uodporniające, jeżeli ilość wywoływacza pochłonięta przez komórkę nie przewyższa albo równa się możności zobojętnienia przeciwciała«, (co da się rozwikłać, i to z niejakim trudem, dopiero po przeczytaniu drugiej części tego zdania: »będzie zaś chorobotwórczem, ilekroć przeciwciało zatrzyma ilość antygenu, przewyższającą możność zobojętnienia«).

Druk i papier są ładne, ale błędów drukarskich jest w książce za dużo.

Tuberkulose-Bibliothek, herausg. von prof. Lydia Rabinowitsch. Leipzig 1921 (Joh. Ambr. Barth.) Nr 1. »Zum Tuberkulosegesetz«. Pierwszy zeszyt interesującego wydawnictwa zawiera szereg artykułów w sprawie ustaw o zwalczaniu gruźlicy, jako to zestawienie ustaw z tego zakresu, wydanych w Niemczech i w innych krajach (prof. Möllers), postulatów co do dalszego ustawodawstwa (prof. Kirchner i Mugdan), stosunku ustawy do organizacji opieki (Harms) i jej znaczenia w walce z gruźlicą (prof. Schlossmann). Te rozprawki powinniby przestudjować ci wszyscy, od których zależy nasze ustawodawstwo w tym zakresie.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgja.

Bunge: **Pojawianie się białka i wałeczków w moczu po operacjach nerkowych.** (Bruns Beitr. z. kl. Ch. T. 115, 1919). Zjawisko to tłomaczono, zwłaszcza w przypadkach wyjęcia jednej nerki, zmianą warunków krążenia w pozostałej nerce, jej czynnościowem obciążeniem, uszkodzeniem miąższu przez środek usypiający i używane środki przeciwgnilne, w końcu wtłaczaniem do obiegu krwi z nerki chorej przez manipulacje, związane z zabiegiem, substancji trujących, w niej powstałych. Na podstawie własnych spostrzeżeń stwierdził B., że obok tych, a może i innych nieznanych czynników jest przyczyną pojawiania się białka i wałeczków w moczu jeszcze i ucisk na nerkę zdrową, nieoperowaną, wywołany przez ułożenie chorego w czasie operacyj nerkowych. Usuwając ucisk na nerkę zdrową w czasie operacji przez odpowiednie ułożenie chorego, uzyskał B. w licznych przypadkach zupełny brak białka i wałeczków w moczu chorego po operacji. Dr Michejda.

Thomsen: **W sprawie leczenia gruźlicy kręgosłupa zapomocą wszczepiania listwy z kości goleniowej podług Albéego,** (Bruns Beitr. z. kl. Chir. T. 115, 1919). Z 17 przypadków, operowanych sposobem Albéego, w 9 wynik był bardzo dobry, przypadki te można było uważać za wyleczone; w dalszych 4 przypadkach wynik był również dobry, jednak przebieg pooperacyjny był powikłany. W 4 przypadkach zejście śmiertelne, jednakże nie w związku z operacją. Leczenie pooperacyjne trwało w pierwszej grupie do 12 tygodni. Dr Michejda.

Fromme: **O operacji Albéego przy gruźlicy kręgosłupa.** (Br. Beitr. z. kl. Chir. T. 118, z. 1, 1919). Z 26 przypadków było później badanych 18. W sześciu z nich wynik był znakomity, w 7 powikłanych garbem dobry w tem znaczeniu, że dolegliwości podmiotowe ustąpiły zupełnie, jednakże garb się nie cofnął, a w 4 przypadkach nawet się powiększył. Jeden chory zmarł w związku z operacją (gruźlica prosówkowa), 3 chorych zmarło później; raz jeden przeszczepiona listwa wyropiała, tak, że wyniku żadnego nie było. Wskazanie do operacji Albéego daje każdy przypadek gruźlicy kręgosłupa, w którym są warunki do doraźnego wgojenia się listwy, a niema zbyt daleko posuniętej gruźlicy innych narządów. F. poleca po operacji noszenie gorsetu przez pół roku. Zauważył tworzenie się po operacji u rosnących dzieci wygięcia kręgosłupa ku przodowi, szczególnie w zakresie kręgosłupa lędźwiowego. Dr Michejda.

Ajzner: **O leczeniu świeżych przenikających postrzałowych ran brzucha.** (Lekarz wojsk. 5, 1920). Operowanych 61 przyp. (zmarło 33); z tego w ciągu pierwszych 6 godzin po zranieniu 10 († 2), od 6—12 godzin 30 († 15), od 12—24 godzin 21 († 15). Jelito czcze uszkodzone było 29 razy († 11), grube 17 razy († 12), żołądek 8 razy († 4), wątroba 7 razy († 4). Resekcji jelit dokonał A. 7 razy, poza tem zawsze szew jelitowy. A. jest zwolennikiem czynnego postępowania w tych przypadkach. Wynik zależy od tego, ile czasu mija od zranienia do operacji. Dr Michejda.

Węgłowski: **O leczeniu chirurgicznem rozlanych zapaleń otrzewnej.** (Lekarz wojsk. 9, 1920). W. jest w leczeniu tych spraw zwolennikiem zaszywania brzucha po usunięciu przyczyny i suchem wytarciu jamy brzusznej, szczególnie jamy Douglasa. Sączek wskazany jest tylko wtenczas, gdy w jamie otrzewnej wytwarza się typowy ropień ze ścianą, pokrytą ziarniną. Taki ropień powinien być traktowany jak zwykły ropień w innych częściach ciała, ponieważ ziarnina będzie wydzielać ropę dopóty, dopóki nie przeobrazi się w tkankę bliznowatą. Zaszycie więc takiego ropnia byłoby niedorzecznością. Dr Michejda.

Choroby skórne i weneryczne.

Nicolas i Gate: **Odczyn Wassermanna we krwi.** (Annal de derm. et de syph. 1920. Nr 3) Autorowie, omawiając teorję odchylenia dopełniacza i sposób wykonywania odczynu Wassermanna, dochodzą do przekonania, że wszystkie inne odczyny zastępcze nie mają znaczenia i mogą co najwyżej służyć do kontroli. Odczyn Wassermanna wywoływać mogą również i nie swoiste wywoływacze (Ravaut, M. L. Bory); nie możemy nazwać go ściśle swoistym, występować może bowiem i u osób nie kiłowych. We wczesnych okresach kiły jest odczyn Wassermanna ujemny, w okresie drugiego utajenia wykazuje zaledwie 40% dodatnich wyników, w okresie drugorzędnym 90%+, a w kile trzeciorzędnej 60 do 80%, w późnej kile (w okresie czwartorzędnym) zaledwie 40—60%. Ten wielki odsetek wyników ujem-

nych może wywierać niekorzystny wpływ przy ocenianiu przypadków jako wyleczonych, przeto mimo ujemne wyniki leczenie powinno być przeprowadzane długo i systematycznie. Odczyn dodatni poza przypadkami kiły (Pian, spirochetose ictero-hémorragique, trypanosomiasis, lepra, tuberculosis i t. d.) zmusza do przyjęcia, że przyczyną tych nieswoistych wyników są albo błędy w technice, albo obecność kiły utajonej, albo odczyn Wassermanna jest odczynem nieswoistym. Oceniając wszystkie wątpliwe przypadki z punktu widzenia kiły utajonej, rozpoznawalibyśmy nieraz kiłę tam, gdzie jej w istocie niema. Autorowie sądzą, że odczyn, który wypada wątpliwie w tylu pewnych przypadkach kiły, nie może mieć tak wysokiej wartości praktycznej i rozpoznawczej, jaką się mu przypisuje. Błędy w odczynie Wassermanna zdarzają się często w okresie pierwszorzędnym, gdzie mimo typowej zmiany odczyn jest ujemny, w okresie drugorzędnym błędy są już rzadsze, jednak zdarzają się (N. i G. przytaczają przypadek zmian drugorzędnych z odczynem ujemnym, który wywołał zakażenie małżeńskie), a w okresach trzecio- i czwartorzędnym błędy są już częste (toczeń i kiła trzeciorzędna). W ocenianiu odczynu Wassermanna ze stanowiska praktycznego, jako przewodnika jedynego w leczeniu kiły, należy być bardzo ostrożnym; przypadków takich, gdzie zaprzestanie leczenia z powodu ujemnego odczynu doprowadziło do ciężkich zmian, jest bardzo wiele. Nigdy też nie można być pewnym, czy choremu mimo ujemnego odczynu nie grożą później zmiany swoiste. Również na przykładach wykazują N. i G., jak często dodatni wynik wiedzie do mylnego rozpozniania i leczenia w przypadkach, gdzie kiły niema. (Np. widzieli przypadki typowego liszaja czerwonego, leczonego jako kiła z powodu mylnego wyniku odczynu). Ponieważ więc odczyn Wassermanna nie może wykluczyć kiły z całą pewnością, nie należy nigdy zaniedbywać badania klinicznego; odczyn dodatni, a będący w sprzeczności z rozpoznaniem klinicznem, należy powtórzyć po kilku dniach, a wtenczas często po raz drugi wypadnie ujemnie. Jeżeli mimo wszystko wypadnie dodatnio, raczej należy się kierować rozpoznaniem klinicznem (ewentualnie leczenie próbne). F. Walter.

Bodin: **W sprawie leczenia sposobem Fontany zapaleń gruczołów chłonnych w przebiegu wrzodu miękkiego.** (Annal de derm. et de syph. 1920. Nr. 3). Zachęcony doskonałemi wynikami Dubreuilha i Malleina zastosował autor sposób leczenia Fontany w 35 przypadkach, z których 24 zostało wyleczonych w 6 dniach (68%). Operować należy jak najwcześniej, jednak nie wcześniej, aż da się wyczuć chełbotanie (wytworzony już całkowicie ropień nie nadaje się do leczenia). W znieczuleniu chlorkiem etylu wykonuje się nacięcie długości 1—1·5 cm, przez które wypływa ropa, poczem następuje najboleśniejszy akt operacyjny: wygniatanie ropy dość energiczne. Następnie przepłukuje się jamę rozczynem nadmanganianu potasu 1:4000 aż do chwili, kiedy płyn wyciekający nie zawiera ropy. W końcu wypełnia się jamę waseliną z jodoformem 10% przy pomocy strzykawki szklannej, o 3—4 mm otworu. Waselinę można rozpuścić w cieple i następnie wciągnąć do strzykawki, albo przy pomocy łopatki nałożyć do strzykawki, po uprzedniem wyjęciu tłoka. Po wypełnieniu jamy zakłada się na otwór przylepiec i uciska się zwitkiem waty. Zaleca się po dwóch dniach zmienić przylepiec. Jeżeli zabieg się uda, to w 6 dniach następuje zagojenie. W razie wyniku ujemnego należy zgłębnikiem powiększyć otwór i stosować zwykłe leczenie chirurgiczne. F. Walter.

Ravaut i Gallerant: **Łuszczyca (leucoplakia) błony śluzowej jamy ustnej**. (Ann. de derm. et de syph. 1920. 3). U chorego zgłaszającego się z długotrwałym wypryskiem rąk, rozpoznanym klinicznie jako kiłowy, zauważyli autorowie 2 ogniska łuszczycy na błonie śluzowej jamy ustnej. Swoiste leczenie usunęło zmiany skórne, jednak na nacieki łuszczycowe nie wywarło żadnego wpływu. Zastosowano śnieg z kwasu węglowego przez 60 sekund; odczyn w postaci pęcherza pojawił się jak zwykle, a w ciągu 3 tygodni zmiana chorobowa ustąpiła i miejsce jej zajęła błona śluzowa cienka i delikatna. Po 5-miesięcznej obserwacji stwierdzono zupełnie dodatni wynik leczenia. W drugim przypadku podobnego rozległego nacieku na języku leczenie to nie przyniosło dodatniego wyniku. F. Walter

Bodin: **Acrodermatite suppurative continue d'Hallopeau.** (Ann. de derm. et de syph. 1920. 4). Autor przytacza historje chorób czterech przypadków cierpienia, opisanego przez Hallopeau, bardzo ciekawego klinicznie i o nie wyjaśnionej etjologji. Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 32-letniej, u której występowały te zmiany chorobowe od lat 10 z dokładną punktualnością w okresie miesiączkowania. Podczas ciąży i w okresie karmienia cierpienie to nie występowało. Ogniska chorobowe występowały na dłoniach; miały one rysunek nieregularny, średnicę 3—5 cm, w środku pokryte łuskami, niezbyt grubemi. Na obwodzie wykwity pęcherzykowe o średnicy 2—3 mm, zaokrąglone, bardzo charakterystycznie usadowione w naskórku, tak że nie występowały ponad powierzchnię. Po ich pęknięciu nie powstawało owrzodzenie, ale tylko podniesienie naskórka w kształcie kołnierzyka. Czas wykształcania się tych pęcherzyków wynosił jedną dobę, a przebieg całego obrazu schorzenia około 12 dni, poczem zmiana ustępowała, pozostawiając nieznaczne zaczerwienienie. Przypadek drugi dotyczył 45 l. kamieniarza, u którego zmiany rozmieszczone były na dłoni i na grzbietowej stronie palców. Cierpienie trwało przez lat 8 i bardzo trudno ustępowało pod leczeniem. Dwa ostatnie przypadki dotyczyły 2 dziewcząt (9 l. i 8½ l.), ze zmianami na dłoniach i na palcach. Co do przyczyny powstawania tego schorzenia powołuje się autor na swą hipotezę (z r. 1903), że prawdopodobnie jestto niezwykłe usadowienie się choroby Duhringa (dermatite herpétiforme). F. Walter.

Malherbe: **Zakażenie małżeńskie grzybkiem łuszczącym (epidermophyton inguinale).** (Ann. des derm. et de syph. 1920. 4). W przeciwieństwie do Poutnera, który spostrzegł przypadki tej grzybicy poza zwykłą siedzibą w fałdach skórnych, cechujące się łagodnym przebiegiem i szybko ustępujące, opisuje autor przypadek zakażenia bardzo uporczywy i trudny do wyleczenia. W przypadku tym zmiany zaczynały się w fałdach pachwinowych, posuwając się powoli na wewnętrzną stronę ud. Po zastosowaniu 1% kwasu chrysofanowego ustąpiły, ale na krótki okres. Po pewnym czasie znowu nastąpił nawrót, a prócz tego zgłosiła się do leczenia żona chorego, u której zmiana chorobowa powstała na skórze szyi, na ramieniu i przedramieniu prócz zwykłego usadowienia się pod pachami. Dopiero po 2-miesięcznem stosowaniu energicznego leczenia nastąpiło wyleczenie. F. Walter.

Jamin: **Wrzód wrzekomo-kiłowy wargi, powstały wskutek współżycia krętków i prątków wrzecionowatych.** (Ann. de derm. et de syph. 1920. 4). Usadowienie się zmian, wywołanych współżyciem krętków i prątków wrzecionowatych, poza migdałkami i błoną śluzową jamy ustnej spotyka się rzadko. Autor spostrzegał przypadek zmiany na wardze ust, gdzie mimo klinicznego obrazu zmiany pierwotnej badanie mikroskopowe dowiodło, iż jestto przypadek choroby Vincenta. Owrzodzenie miało kształt nieregularny, po usunięciu strupa okazywało brzegi nierówne, nie podminowane, dno ciemno-czerwone, obficie wydzielające. W dnie owrzodzenia dawała się wyczuć podstawa stwardniała. Błona śluzowa jamy ustnej bez zmian. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe i bolesne. Czas trwania zmiany 25 dni. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie drobnowidowe wykazało obfite krętki i prątki wrzecionowate. Leczenie: dożylnie nowarsenobenzol Billon 0·45 gr., miejscowo tuszowanie rozczynem błękitu metylenowego. Zabliźnienie następowało bardzo szybko. Badanie po upływie 4 miesięcy w kierunku kiły dało wynik ujemny. F. Walter.

Pagniez i Pasteur Vallery-Radot: **Antyanafilaksja trawienna.** (Ann. de derm. et de syph. 1920. 10.) Od czasu prac Richeta wielu autorów uważa pokrzywki pochodzenia pokarmowego za przypadłości anafilaktyczne, a to na zasadzie objawów podobnych do wstrząsu anafilaktycznego i występowania pokrzywki zaraz po spożyciu zawsze tych samych potraw. W 1914 Widal i inni, badając przypadek pokrzywki olbrzymiej, występującej zawsze po spożyciu pokarmów zwierzęcych, wykazali, że objawy skórne poprzedzone bywają objawami ze strony naczyń krwionośnych i krwi, jak np. zmniejszeniem się ilości ciałek białych, spadkiem ciśnienia, zaburzeniami w krzepliwości krwi itd. Objawy te, zupełnie podobne do objawów wstrząsu anafilaktycznego, nazywa Widal »crise hémoclasique«. Autorowie spostrzegali w r. 1916, przypadek, w którym objawy występowały po spożyciu białka nie tylko zwierzęcego, ale i roślinnego. Ponieważ wszelkie zabiegi lecznicze były bezskuteczne, zastosowali autorowie sposób Besredki, stosowany w przypadkach przypadłości anafilaktycznych pochodzenia surowiczego. Choremu podawano przed głównym posiłkiem małe ilości tego pożywienia, po którem zwykle dostawał tych objawów. Wynik był bardzo dobry. Z dalszych badań okazało się, że pochodne białkowe, jak np. peptony, mogą zastąpić rolę wstępnego posiłku; 0·50 gr. peptonu, podanego jako proszek na godzinę przed głównem pożywieniem, usuwało występowanie napadów. Sposób ten okazał się także leczniczym, bo po kilku tygodniach po zaprzestaniu powyższego postępowania pokrzywka już nie powracała. Sposób ten stosowano i do środków leczniczych; w przypadkach zupełnej nietolerancji chininy podawano 5 mgr chininy przed podaniem zwykłej dozy, a objawy nieznoszenia chininy nie występowały. Podawaniem peptonu Ramaud usuwał objawy swędzenia ciała, trwające od

dłuższego czasu, a o nieznanej przyczynie. Czasami i ten sposób nie daje pomyślnych wyników; przypuszczać należy, że wtedy albo pokrzywka wywoływana jest inną przyczyną, albo podana wstępnie ilość pokarmów jest za mała, albo przeciwnie za duża tak, że wywołuje już odrazu objawy anafilaktyczne. F. Walter.

Riser: **Odczyn Bordet-Wassermanna w przesiękach u kiłowo chorych.** (Ann. de derm. et de syph. 1920. 10). Autor badał płyny z przesięków opłucnych i otrzewnych u chorych na kiłę i bardzo często znajdował odczyn Wassermanna dodatni, podobnie jak inni badacze (Roger i Sabareanu, Jacquet i Aurain), którzy jednak płyn surowiczy otrzymywali zapomocą pryszczydeł, lub z wysięków w stawach. Badani przez autora chorzy dotknięci byli schorzeniami serca i nerek i z tej przyczyny pochodziły obrzęki i przesięki; objawów kiły nie znajdował autor żadnych (w czterech przypadkach nawet sekcyjnie). W niektórych przypadkach we krwi wynik odczynu był ujemny, jednak w płynie surowiczym dodatni. Przypadki badane dotyczyły kiły późnej. Autor twierdzi, że odczyn dodatni w tych przesiękach nie powstaje na tle swoistem, ale tylko na tem tle, na którem powstaje dodatni odczyn i w surowicy krwi. F. Walter.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 12. V. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 80 członków.

I. Kol. doc. Zubrzycki przedstawia preparat macicy z przydatkami po doszczętnej **operacji sposobem Wertheima** i chorą, u której zabieg ten wykonano. Przypadek ciekawy jest z tego względu, że był na granicy możności operacyjnej z powodu nacieku nowotworowego, rozwijającego się około moczowodu prawego w miejscu jego wejścia do pęcherza. Chcąc zabieg wykonać doszczętnie, musiano moczowód resekować i następnie wszczepić do pęcherza. Chora wyleczona opuszcza klinikę.

II. Kol. prof. Lewkowicz: **O działaniu zaziębień i urazów w powstawaniu ostrych zakaźnych spraw dróg oddechowych.** (Przeznaczone do druku).

W dyskusji: 1) kol. prof. Latkowski zaznacza, że uraz nie może mieć tak wybitnego znaczenia w powstawaniu zapaleń przewodu oddechowego, jak to mu przypisuje prelegent; nie można zapominać o zmianach kolloidalnych w śródbłonkach naczyń krwionośnych, które w tych stanach odgrywać muszą pewną rolę.

2) Kol. Eisenberg podnosi ważność rozróżniania między odpornością ogólną, a miejscową i przypomina poglądy Wassermanna: n. p. trudność wyleczenia roznosiciela duru drogą szczepień ochronnych i t. p. Przy miejscowem stosowaniu surowic na zakażone nabłonki korzystny czynnik przedstawia znaczne zgęszczenie surowicy, dającej się zastosować bezpośrednio na zakażony nabłonek, podczas gdy w krążeniu ciała ochronne ulegają rozcieńczeniu; niewiadomo natomiast, czy wessanie tych ciał odbywa się łatwiej od zewnątrz do wnętrza nabłonka, czy odwrotnie? — Co do hipotezy wypowiedzianej przez Lewkowicza na wytłumaczenie mechanizmu działania zaziębień i urazów, to zdają się one dla L. zbyt wyłączne i zbyt upraszczające naturalne stosunki, skoro pomija tak ważne czynniki, jak odporność ustroju i zmienną jadowitość drobnoustrojów. Opiera się ona na obrazach morfologicznych niezupełnie pewnych (możliwość artefaktów) i wieloznacznych. Pomijając ważne i niewątpliwie istniejące różnice biologiczne między różnemi nabłonkami, należy podkreślić różnice między zamkniętą jamą komór mózgowych, a otwartemi płaszczyznami błon śluzowych dróg oddechowych. Tam nabłonek obumarły pod wpływem bakterji zostaje w obrębie jamy i może powodować dalsze zakażenie nabłonków, tutaj nabłonki chore mogą być usuwane na zewnątrz. Chcąc uogólnić spostrzeżenia, poczynione na tem swoistem podłożu i twierdzić, że zaziębienie, względnie uraz aktywują tylko utajone przewlekłe zakażenie miejscowe, należałoby stwierdzić podobne obrazy morfologicznie i bakterjologicznie w łatwo dostępnej wydzielinie błon śluzowych dróg oddechowych. Według badań Kisskalta i Pasteura i w. i. odporność sokowa odgrywa niewątpliwie pewną rolę w mechanizmie zaziębień, a że zmiany kolloidalne w nabłonkach, czy śródbłonkach naczyniowych również wchodzą w rachubę, jest wysoce prawdopodobnem. Zresztą sam Lewkowicz przypuszcza, że zaziębienie lub uraz powodują zwyrodnienie nabłonków i łuszczenie się ich, a tu właśnie zmiany kolloidalne nasuwają się, jako najprawdopodobniejsze tłumaczenie. Wreszcie podnosi Eisenberg potrzebę rozróżnienia ścisłego pojęć jadowitości i zjadliwości.

3) Kol. Kostrzewski popiera wywody prelegenta.

4) Kol. prof. Lewkowicz zaznacza, że w odczycie chodziło mu tylko o zwrócenie baczniejszej uwagi na czynnik mechaniczny, a nie chce zapoznawać innych ważnych okoliczności sprzyjających zakażeniu. Działanie surowicy swoistej gonokokowej na cewkę moczową będzie, zdaniem prelegenta, łatwiejsze wprost przez błonę śluzową, niż przez soki ustroju. Zgadza się z kol. Eisenbergiem co do potrzeby rozróżniania pojęć »jadowitość« i »zjadliwość«.

XIX Posiedzenie naukowe z dnia 19. V. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 96 członków.

I. Kol. prof. Majewski przedstawia chorą, operowaną z dobrym skutkiem z powodu **torbieli przedrogówkowej** oka lewego i zarośnięcia powiek obu ócz.

II. Kol. Lachs: **Z dziejów okulistyki w Polsce.** (Przeznaczone do druku).

III. Kol. prof. Rosner: **Mięśniaki macicy i ich usadowienie, a konstytucja.** (Drukowane w Przeglądzie lek. Nr 6. 1920).

W dyskusji: 1) kol. prof. Ciechanowski stwierdza doniosłość badań prelegenta; znaczenie ich jest dlatego ważne, że dostarczają one materjału do badań wpływu konstytucji na powstawanie nowotworów łagodnych. Będzie wielką zasługą Rosnera, jeżeli powiedzie mu się wyświetlić wpływ konstytucji co do nowotworów złośliwych. Materjał męski nadaje się mniej do tych badań — wchodziłyby tutaj w rachubę może nowotwory gruczołu krokowego. C. jest zdania, że prace te powinni kontynuować przedewszystkiem klinicyści.

2) Kol. Glassner zapytuje, czy prelegent spostrzegał podczas swoich badań nad mięśniakami zmiany w gruczole tarczowym, na które zwracał uwagę Ullmann, twierdząc, że 50% kobiet, dotkniętych mięśniakami, ma wole. T. zw. serce mięśniakowe (cor myomatosum) ma także występować bardzo często, a zmiany w układzie wegetatywnym, w zakresie wagotonicznym i sympatycznym spostrzegano nie zbyt rzadko. Czy nie należy zwrócić większej uwagi na »gruczoł międzymiąższowy« (corpus interstitiale), któremu Heinach przypisuje wybitny wpływ na konstytucję kobiecą, a która ma być zależną także od komórek w korze nadnercza. Może hyperfunkcja tych gruczołów odgrywa w powstawaniu nowotworów łagodnych pewną rolę?

3) Kol. Szymanowicz jest tego zdania, że na wyciąganie wniosków co do czynności »gruczołu międzymiąższowego« (corpus interstitiale) jest nieco zawcześnie; niewiadomo bowiem, czy gruczoł ten istnieje u kobiety stale, czy obecność jego odpowiada pewnym okresom życia płciowego i czy wogóle da się porównać z czynnością tego gruczołu, spotykanego u pewnych grup zwierząt.

4) Kol. prof. Rosner zaznacza, że jest tego samego zdania, jak kol. Ciechanowski co do wpływu konstytucji na powstawanie nowotworów złośliwych i sądzi, że kobiety silniej rodzące będą częściej nawiedzane nowotworami złośliwemi nabłonkowemi. Rosner uznaje związek stanów, wymienionych przez Glassnera, z mięśniakami i jest pewny, że stany takie, jak cukrzyca, wole, skaza moczanowa, otyłość i t. d. bardzo często występują z mięśniakami; lecz temat ten wychodzi poza ramy dzisiejszego odczytu.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 29. V. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 85 członków.

Przewodniczący wita w serdecznych słowach obecnych na sali przedstawicieli Amerykańskiego Czerwonego Krzyża. Mowca stwierdza olbrzymią pomoc materjalną Ameryki dla Polski, bez której nie mogłaby stanąć do walki z wrogiem.

Imieniem pułkownika Dr Chesleya odpowiada Dr Habicht.

I. Kol. prof. Kostanecki przedstawia kobietę z dwiema wyroślami na szyi, po obu stronach tchawicy, na wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczowej. Są to, jak z badań prelegenta wynika, **pozostałości drugiego łuku skrzelowego** t. zw. operculum, z którego powstaje także małżowina uszna. W wyrostkach tych znajduje się tensam typ tkanki chrząstkowej sprężystej, co i w małżowinach.

II. Kol. prof. Wachholz wygłasza trzecią część swojego odczytu: **Historja szpitali krakowskich.**

Kol. Witaliński dziękuje prelegentowi za tak dokładne i rzeczowe przedstawienie sprawy.

Na członka przyjęty kol. Mamczyn Włodzimierz.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 2. VI. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 78 członków.

Prezes poświęca pośmiertne wspomnienie członkowi Towarzystwa bł. p. Samuelowi Aronsohnowi. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

I. Kol. Tempka przedstawia chorego **z gruczolakiem limfatycznym złośliwym** (choroba Hodgkina) w postaci guza górnej części przedniego śródpiersia, z zajęciem obustronnych gruczołów limfatycznych nadobojczykowych i pachowych i zwiększeniem ilości ciałek białych do 19.000 w 1 mm^3, przyczem stosunek odsetkowy krwinek, z wyjątkiem dość znacznej eozynofilji, był prawidłowy. Trudności rozpoznawcze, zwłaszcza co do wykluczenia mięsaka i mięsaka limfatycznego, zostały usunięte dopiero przez badanie histologiczne jednego z zajętych gruczołów limfatycznych.

II. Kol. prof. Latkowski przedstawia 44-letniego rolnika, który przebył przed 2 laty dur brzuszny i jakąś chorobę zakaźną kilka tygodni trwającą; obecnie zaś od 6 miesięcy miewa dreszcze, gorączkę, bóle w stawach, bicie serca, uczucie znacznego osłabienia i zupełny brak apetytu. W ostatnich 3 tygodniach pogorszenie, z krwotokami z nosa. Badanie wykazuje powiększenie serca, szmer skurczowy nad jego końcem; ciśnienie krwi $^{105}/_{70}$ R. Ri., śledziona powiekszona, twarda. Badanie krwi wykazuje zmiany cechujące **ciężką niedokrwistość złośliwą**: Hg. 26%, c. czerw. 1,020.000, wskaźnik 1:3; przy małej ilości ciałek białych dość liczne postacie jądrzaste z przewężonemi i dzielącemi się jądrami, nieliczne myelocyty neutrochłonne. Wśród ciałek czerwonych krwi liczne megalocyty i normoblasty, oprócz tego anizocytoza i wakuolizacja. Oporność krwi wobec rozczynów NaCl 0,36%. Badanie krwi bakterjologiczne dało wynik ujemny. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie oczne: siatkówki sine, zroszone wybroczynkami, neuritis nervi optici incip. oc. dextri. Układ nerwowy prawidłowy. W moczu białko 0,5‰—1‰, liczne wałeczki ziarniste, szkliste. W przebiegu choroby częste krwotoki nosowe, stan podgorączkowy, czasem ciepłota podniesiona do 38·6° C. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na zmiany, wskazujące na charakter zakaźny choroby i **zmiany w oczach,** rzadko zdarzające się w tak wybitnym stopniu w przebiegu niedokrwistości złośliwej, jak również i **zmiany w nerkach.**

III. Prof. Wachholz, Rosner i Kostanecki omawiają i demonstrują przypadek **rzekomego obojnactwa męskiego.**

IV. Kol. Glassner wygłasza odczyt: **O bradykardji.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierają głos: kol. Kostrzewski, Rosner, Oszacki i prelegent.

Na członków przyjęto kol. Koniuszewskiego Władysława z Chicago, Leykę Emila i Krenglównę Malwinę z Krakowa.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 9. VI. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 90 członków.

Kol. Prezes odczytuje list reprezentacji Amer. Czerwonego Krzyża z podziękowaniem za przyjęcie w Towarzystwie.

I. Kol. Roszkowski przedstawia przypadek **mnogich nerwowłókniaków skóry,** obficie rozsianych po całej powierzchni, obok licznych brodawczaków miękich i znamion barwikowych. Zmiany, które się rozpoczęły we wczesnym wieku, potwierdzają z jednej strony zdanie Hallopeau, który zalicza chorobę Recklinghausena do wielkiej grupy »dystrophie congénitale de la peau«, a z drugiej zaś strony zwraca uwagę na zaznaczone przez Krzyształowicza powinowactwo tej sprawy do »xeroderma pigmentosum« Kaposi.

Kol. prof. Krzyształowicz zwraca uwagę, że tego rodzaju przypadki należą do grupy zboczeń wrodzonych (dystrophie congénitale), rozwijających się podobnie, gdyż początkiem jest lentiginosis profusa, a później rozwijają się nowotwory (neurofibroma, adenoma, sarcoma).

II. Przed przejściem do drugiego punktu porządku dziennego prezes kol. prof. Rosner, uważając dzisiejszy odczyt prof. Krzyształowicza za pożegnanie z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem przed odejściem na stanowisko dyrektora kliniki do Warszawy, w dłuższem serdecznem przemówieniu żegna Go imieniem Towarzystwa i wyraża życzenie, aby tesame uczucia, jakie znalazł w środowisku krakowskim, towarzyszyły Mu i na nowym posterunku.

Kol. prof. Ciechanowski żegna kol. Krzyształowicza imieniem komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, której był przez lat kilkanaście współpracownikiem, doradcą i podporą.

Kol. prof. Krzyształowicz dziękuje za wyrazy uznania i serdeczności i wypowiada odczyt: **O istocie wyprysku.** (Do druku).

W dyskusji kol. Blassberg stwierdza zgodność pojęcia wyprysku przedstawionego przez prelegenta z pojęciami nowoczesnemi o chorobach wogólności.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. VI. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner; protokołuje kol. Dr Szymanowicz. Obecnych 102 członków.

I. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia sprawę połączenia się pism lekarskich: »Przeglądu lek.«, »Gazety lek.« i »Tygodnika lek.« oraz podniesienia wkładki członkowskiej — na razie — do waluty markowej. Wnioski referenta przyjęto jednogłośnie.

II. Uchwalono 1$^1/_2$-miesięczną przerwę wakacyjną w posiedzeniach.

III. Kol. Szymanowicz przedstawia i omawia preparat macicy z częściami dodatkowemi, który otrzymał po doszczętnej **operacji** sposobem Wertheima z powodu **raka części pochwowej macicy u 37-letniej ciężarnej,** będącej w VII mies. księż. Sam zabieg wyjęcia macicy z przydatkami, jakkolwiek powikłany cięciem cesarskiem klasycznem celem ratowania dziecka, nie przedstawiałby nic nadzwyczajnego, gdyby nie konieczność trzeciej operacji u tej chorej, a mianowicie **resekcji moczowodu** lewego z powodu nacieku nowotworowego w miejscu skrzyżowania moczowodu z tętnicą maciczną. Wycięty moczowód na przestrzeni 7 cm. wszczepiono w otrzewną ścianę pęcherza, sposobem Franza. Prelegent stwierdza, że wyniki pooperacyjne z powodu raka macicy w połączeniu z ciążą są złe, lecz stoi na stanowisku wykonywania zabiegu operacyjnego zawsze, a zwłaszcza w przypadkach wczesnej ciąży, gdzie nie powinno się zwracać uwagi na płód. Co do przedstawionego przypadku, to, jakkolwiek był daleko posunięty, dał, przynajmniej doraźnie, wynik dobry, bo matka i dziecko żyją.

IV. Kol. Rose przedstawia wynik autopsji przypadku, który przed kilku miesiącami przedstawił za życia w Towarzystwie. Chory 22-letni poczuł w lutym 1919 szum w obu uszach. W czerwcu wystąpiło utrudnienie mowy i bóle głowy w okolicy potylicy, połączone z wymiotami; w sierpniu niemożność połykania stałych pokarmów. Badanie we wrześniu 1919 wykazało wybitny zanik prawej połowy języka, słabszy zanik lewej połowy, porażenie podniebienia miękiego, drżenie oczu przy ustawieniach bocznych gałek ocznych, tudzież obustronne skrócenie przewodnictwa kostnego. Badanie kończyn nie wykazało żadnych zmian. Dno oka prawidłowe. Powyższy obraz utrzymywał się niezmieniony do końca życia. Rozpoznano **guz rdzenia przedłużonego.** Przy autopsji wykryto guz, wielkości jaja gołębiego, wychodzący z opony twardej i silnie uciskający obie piramidy. Uderzającym w danym przypadku jest zupełny brak jakichkolwiek objawów porażnych, tudzież zaburzeń w odruchach kończyn, mimo widocznego bardzo znacznego ucisku, jaki guz wywierał na piramidy. Brak objawów zastoinowych na dnie oka jest również niezwykłem zjawiskiem, aczkolwiek już wielokrotnie spostrzeganem.

V. Kol. doc. Nowaczyński: **Wady serca, a ciąża.** (Drukowane w Przeglądzie lek.).

W dyskusji: 1) kol. Wojciechowski podnosi większe niebezpieczeństwo wad serca u ciężarnych powyżej 40 lat, kiedy wady zastawkowe bywają powikłane zwyrodnieniem mięśnia sercowego, i konieczność czynnego postępowania w tym okresie. Skłonność do zgubnego prawie zawsze zapalenia wsierdzia przy zakażeniu połogowem i wadliwych zastawkach zmusza do aseptyki, posuniętej do ostatnich granic, czyli, że ciężarną i rodzącą taką wolno badać wewnętrznie jedynie w razie konieczności. W przypadkach nagłych uważa W. cięcie cesarskie klasyczne w znieczuleniu lędźwiowem za najłagodniejszy sposób rozwiązania, przyczem dodawać należy sterylizację jajowodową. Najtrudniejsza jest decyzja między V a VII miesiącem, kiedy zabieg staje się coraz poważniejszy, a płód stracony; stąd dążność do zachowawczego postępowania w tym czasie.

2) Kol. Glassner: Pewna rozbieżność zdań przy stawianiu wskazań do przerwania ciąży przy chorobach serca pochodzi

stąd, że sprawa ta jest bardzo trudna do oceny. Zdaniem G. nie należy stawiać żadnych zasad w tym kierunku, a każdy przypadek należy rozważać osobno. Choroby mięśnia sercowego należy oddzielić od wad zastawkowych.

3) Kol. prof. Rosner stoi na stanowisku — ogólnie rzecz biorąc — wskazań Nowaczyńskiego; należy jednak bardzo indywidualizować, a zasad, któreby można zastosować do wszystkich przypadków, nie da się postawić. Prelegent nie wspomniał nic o kardiotoksycznych stanach ciężarnych; R. obserwował przypadki, gdzie w pierwszej połowie ciąży występowały silne objawy niewyrównania, a że one były następstwem toksyn sercowych (kardiotoksyn, jak je nazywają Francuzi), to najlepszy dowód w tem, że w dniu przerwania ciąży ustępowały. Ważną także sprawą jest wpływ opróżnienia jamy brzusznej na serce: otóż kobiety z wadami serca znoszą te zmiany ciśnienia znakomicie, lecz, nawet z wyrównaną wadą serca, dostają krwotoków bardzo często w II i III okresie porodowym. R. potwierdza skłonność położnic chorych na serce do zakażeń, lecz przestrzega zwłaszcza przed krwotokiem i zapadem. Niebezpieczeństwo przerwania ciąży w późniejszych okresach może być duże. Ciśnienie krwi u chorych tych nie podnosi się w ciąży, lecz dopiero wśród porodu.

4) Kol. Blassberg sądzi, że samo twierdzenie, jakoby wyrównane wady serca nie stanowiły wskazań do przerwania ciąży, nie jest wystarczające. Z faktu bowiem, że wada jest wyrównana, wynika tylko to, że serce doznaje w swojej prawidłowej sprawności utrudnienia przez tę wadę i że tylko w normalnych warunkach trudności te wyrównuje. Przez to jednak nie jest przesądzoną sprawa, czy ten wadliwy narząd krążenia da sobie radę z ciążą, porodem i połogiem. Musimy zatem przy rozważaniu wskazań do przerwania ciąży opierać się nie na ogólnych, obowiązujących regułach, lecz na indywidualnej obserwacji poszczególnych przypadków. Dlatego słuszne jest zdanie prelegenta, że ocenianie wskazań do przerwania ciąży pokrywa się z rokowaniem. W razie wybitnych objawów niewyrównania należy w każdym przypadku dążyć do wyrównania akcji serca i stworzenia warunków jaknajkorzystniejszych do przerwania lub ukończenia ciąży, nie ufając zbytnio przyszłej sile serca, doprowadzonej chwilowo leczeniem do wyrównania.

5) Kol. Nowaczyński odpowiada na pytania i zarzuty.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 23. czerwca 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz; obecnych 63 członków.

I. Kol. doc. B o r o w i e c k i przedstawia chorego, u którego był **guz rdzenia**, (rozpoznany, a wyłuszczony przez prof. Rutkowskiego) w 4 miesiące po zabiegu operacyjnym. Chory ten, który od 3 lat chorował, od lipca 1919 nie chodził, a w grudniu 1919 nie mógł wykonać żadnego ruchu, wykonuje obecnie wszystkie ruchy kończynami dolnemi i robi powolne lecz nieustanne postępy.

Kol. prof. C i e c h a n o w s k i stwierdził w tym nowotworze mikroskopowo utkanie **nerwowłókniaka** z bardzo obfitą ilością naczyń krwionośnych.

II. Kol. prof. K o r c z y ń s k i wygłasza wykład p. t.: **Odruchy trzewne w przebiegu niektórych chorób narządu oddechowego i krążenia.** (Rzecz drukowana w »Lekarzu wojskowym«).

W d y s k u s j i zabierają głos: kol. prof. Rosner i prelegent.

III. Na członków Towarzystwa przyjęto kol. Trzebicką i Spiro-Loewinger.

Do wszystkich Kolegów!

Pomimo układu, zawartego pomiędzy trzema czasopismami lekarskiemi, nie mogą one dostatecznie wypełnić swego zadania z tego przedewszystkiem powodu, że przy teraźniejszej przedpłacie a olbrzymich kosztach druku objętość wszystkich trzech czasopism razem jest mniejsza od objętości każdego z nich przed wojną. Na to, aby pomieścić nietylko wszystkie napływające prace oryginalne, ale także odzwierciedlić należycie ruch naukowy w naszych wszystkich Towarzystwach lekarskich oraz zdać sprawę z najważniejszych przynajmniej publikacji i ruchu w Towarzystwach lekarskich zagranicznych, potrzebaby objętość naszych czasopism zwiększyć przynajmniej do tych granic, jakich dochodziła przed r. 1914.

Próba taka byłaby możebna, gdy znalazła się dostateczna liczba kolegów, gotowych płacić rocznie po 1800 marek przedpłaty za wszystkie czasopisma. Wobec dzisiejszej dewaluacji pieniądza kwota ta jest stosunkowo niską, a już przy kilkuset odbiorcach możnaby podnieść nasze czasopiśmiennictwo na poziom, odpowiedniejszy do dzisiejszych potrzeb.

P r o s i m y w i ę c w s z y s t k i c h k o l e g ó w, k t ó r z y b y b y l i g o t o w i o p ł a c a ć 1800 m. p r z e d p ł a t y r o c z n e j, a b y z a w i a d o m i l i o t e m R e d a k c j ę »P r z e g l ą d u l e k a r s k i e g o« (K r a k ó w 9, P ł u c z k i 28) n a j d a l e j d o k o ń c a l i p c a b. r. Z liczby zgłaszających się wyniknie, czy zamierzona próba może liczyć na powodzenie.

Wiadomości bieżące.

Naczelnik Państwa położył kamień węgielny nowego gmachu kliniki położniczoginekologicznej krakowskiej w d. 28. kwietnia 1921. Na uroczystość tę przybyli do Krakowa w świcie Naczelnika Państwa w zastępstwie Ministra oświecenia publ. szef sekcji prof. Dr Żórawski, a w zastępstwie Ministra zdrowia publ. szef sekcji Dr T. Borzęcki. Dyrektor kliniki, prof. Rosner, którego niestrudzone zabiegi, podjęte jeszcze przed wojną, zostały uwieńczone obecnie wynikiem, przyjął wraz z prodziekanem Wydziału lek. prof. Ciechanowskim i rektorem U. J. prof. Estreicherem dostojnego gościa i przedstawicieli władz centralnych i miejscowych na placu budowy. Uroczystość rozpoczęło przemówienie prof. Rosnera, który złożył podziękowanie Naczelnikowi Państwa, Rządowi polskiemu i wszystkim, którzy do rozpoczęcia budowy się przyczynili, oraz podniósł doniosłość tej pierwszej w Państwie budowy wielkiego instytutu uniwersytec-

kiego i humanitarnego zarówno dla nauki i nauczania, jak i dla sprawy opieki nąd macierzyństwem. Po powitaniu Naczelnika przez przedstawiciela studentów medycyny p. Zacherta i przedstawiciela robotników, odczytaniu dokumentu pamiątkowego przez twórcę planów i kierownika budowy p. arch. Struszkiewicza i odpowiedzi Naczelnika Państwa poświęcił prorektor U. J. X. Sieniatycki kamień węgielny, który następnie zamurowano, przyczem Naczelnik Państwa rzucił pierwszą zaprawę. Na placu budowy wydał Dyrektor kliniki przyjęcie, w czasie którego Naczelnik Państwa z wielkiem zainteresowaniem informował się o stanie i potrzebach Wydziału lekarskiego krakowskiego.

Związek lekarzy Państwa Polskiego ogłosił sprawozdanie za r. 1920 (szczegóły obacz »Tygodnik lekarski lwowski« Nr 5). Należałoby zmierzać do tego, aby Związek lekarzy b. Małopolski, który dotąd do Związku państwowego nie przystąpił, wszedł z nim jaknajrychlej w ściślejsze stosunki, gdyż sprawa jednolitej organizacji lekarzy w całem Państwie jest sprawą naglącą.

W sprawie walki z epidemjami przybyła z końcem kwietnia do Polski komisja Ligi Narodów, która przez objazdy zbadała działalność Naczelnego Komisarjatu epidemicznego i stwierdziła znaczną poprawę co do duru plamistego. Liczba nowych zachorowań w styczniu 1921 jest o 70% mniejsza od liczby zachorowań w styczniu 1920. Utworzono 117 stacji epidemicznych, 54 stałych odwszalni i 353 ruchowych kolumn dezynfekcyjnych. Stan epidemji jest jednak jeszcze ciągle poważny i wymaga, zdaniem komisji Ligi Narodów, wielkiej pomocy.

Polski Komitet zwalczania raka, nieczynny od śmierci swego pierwszego prezesa Dr Rejchmana i wiceprezesa doc. Dr Jaworskiego, zorganizował się na nowo z inicjatywy Dr Czesława Jankowskiego, B. Wejnerta i S. Sterling-Okuniewskiego na posiedzeniu, odbytem pod przewodnictwem Min. Dr Chodźki, który przyrzekł komitetowi zasiłek miljona marek. Komitet zmierza do stworzenia na razie w Warszawie jednego szpitala i jednej przychodni i do utworzenia podkomitetów prowincjonalnych. Wszelkich informacji w sprawie komitetu udziela sekretarz, Dr Sterling-Okuniewski (Warszawa, Marszałkowska 41, m. 1.).

Zjazd psychjatrów polskich odbył się 17, 18 i 19 Maja w Poznaniu. Zjazd zagaił Dr Skoczyński z Poznania, poczem powitali Zjazd przedstawiciele: Uniwersytetu poznańskiego (rektor prof. Dr Święcicki), Ministerstwa b. dzielnicy pruskiej (Dr Gantkowski), Uniwersytetu krakowskiego (prof. Piltz), lwowskiego (prof. Sieradzki), Ministerstwa zdrowia (Dr Radziwiłłowicz), Towarzystwa neurologicznego warszawskiego (Dr Sterling) i psychjatrycznego wielkopolskiego (Dr Piotrowski). Zjazdowi przewodniczyli prof. Piltz, prof. Mazurkiewicz i Dr Radziwiłłowicz i prof. Sieradzki.

Oddział polskiego Czerwonego Krzyża w Łodzi jest, jak wynika ze sprawozdania za r. 1920, niezmiernie czynny. Praca podzielona jest na 16 sekcji. Oddział miał własny szpital, udzielał pomocy żołnierzom w szpitalach wojskowych, utrzymywał herbaciarnię, gospodę żołnierską i 5 kantyn. Członków było 70.000, dochody wynosiły 9,145.855 m. Przewodniczącą oddziału jest p. Rossmanowa, wiceprzewodniczącymi Dr Stanisław Skalski i gen. Olszewska.

Jubileusze. Pięćdziesięciolecie doktoratu obchodził 14. V. 1921 Dr Władysław Bylicki, profesor położnictwa i ginekologji w Uniwersytecie lwowskim. W Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, gdzie jubilat uzyskał był dyplom, odbyło się w południe uroczyste ponowienie dyplomu w obecności rektora U. J. prof. Estreichera, dziekanów i profesorów wszystkich Wydziałów, przy tłumnym udziale lekarzy krakowskich i słuchaczy medycyny. Imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego i Uniwersytetu Jagiellońskiego składał Jubilatowi życzenia prodziekan prof. Dr Ciechanowski, a imieniem Uniwersytetu warszawskiego prof. Dr Czyżewicz. Wieczorem odbyło się na cześć Jubilata zebranie, urządzone przez Towarzystwo lekarskie, na którem przemawiał prezes Towarzystwa prof. Rosner, a dalej prof. Ciechanowski, Nowak, Czyżewicz, rektor U. J. Estreicher i Jubilat.

Dr Karol Rozenfeld, prezes Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie, a wieloletni współpracownik »Przeglądu lekarskiego«, obchodził w maju 25-lecie pracy zawodowej, naukowej i społecznej i z tego powodu został mianowany członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie i Zagłębiu dąbrowskiem.

Na fundusz wdów i sierot po lekarzach złożyli lekarze państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr Juljana Czyrniańskiego 4.500 mp. Izbie lekarskiej w Krakowie.

Redakcja »Riforma medica«, pragnąc nawiązać stosunki z medycyną polską, prosi o streszczenia prac (w sprawach ogólniejszych nawet bardzo obszerne), wiadomości o ruchu w Towarzystwach, życiorysy i t. p. Wszelkie materjały (najlepiej w języku francuskim) należy przesyłać na ręce doc. Dr Władysława Janowskiego (Warszawa, Jerozolimska 29—3).

Redakcja »La Presse medicale« pomieszcza krótkie wiadomości ze świata lekarskiego polskiego. Materjał najlepiej przesyłać do Dziekanatu Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Zmarli: Dr Juljusz Nieć w 56 r. ż. w Wieliczce.

Bibliografja.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachium, J. F. Lehmann) 1921. Luty. Cena 5 marek niem. — Treść: Prof. Hoffmann: 1) Schorzenia mięśnia sercowego. 2) Serce a odżywienie. — Prof. von Velden: Krytyczny przegląd leczenia zapalenia płuc.

Kwiecień. Cena 7·50 m. niem. Treść: 1) Prof. Siebeck: O nefrozach, 2) Prof. Joseph: Przegląd nowszych publikacji z zakresu urologji i chorób skórnych i wenerycznych.

Maj. Cena 6 m. niem. Treść: 1) Spiegel: Znaczenie rozpoznawcze zaburzeń czynności wegetatywnych w schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego. — 2) Kafka: Badanie płynu mózgowordzeniowego, jego wykonanie i znaczenie. — 3) Prof. Stransky: Schizofrenja i obłąkanie manjakalno depresyjne. — 4) Mayer: Przegląd nowszych prac psychiatryczno-neurologicznych.

Okresowość życia ludzkiego i jego dni krytyczne. Rozprawa Dr A. Pietrzyckiego pod tym tytułem, zmierzająca do wykazania w czasie rozwoju i w stanie dojrzałym ustroju ludzkiego pewnych okresowych faz na podobieństwo zjawisk, spostrzeganych wogóle w przyrodzie, a mogąca zainteresować tak lekarzy, jak i przyrodników, wyszła z druku i jest do nabycia w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem (ul. Radziwiłłowska 4) lub u autora (Bochnia) po cenie 15 mk.

Redakcja otrzymała: S. Sterling-Okuniewski: 1) Objawy czerwonkowe w przebiegu niektórych postaci zimnicy. (Lekarz wojsk. 1921). 2) Przyczynek do epidemjologji cholery. (Przegląd epidem. 1921). — Majewski: Ankyloblépharon total avec kyste précornéen. (Revue d'opht. 1921). — W. Janowski: Thyréotuberculose ou tuberculose pulmonaire pseudo-basedowique. (Annales de méd. 1920. T. VIII). — T. Mischke. Memorandum w sprawie eugeniki. Zakopane 1921. — Machek: Mowa inauguracyjna na otwarcie roku uniwersyteckiego. Lwów 1921. — Sprawozdanie Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża w Łodzi za r. 1920.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

MINISTERSTWO ZDROWIA PUBLICZNEGO. Warszawa, 12. maja 1920 r.

Nr III. $\frac{13233}{2860}$ 21. 182

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na: posady dyrektorów szpitali powszechnych i publicznych w Małopolsce:

A.

1) w Bóbrce, 2) Brzeżanach, 3) Jaśle, 4) Kałuszu, 5) Lubaczowie, 6) Samborze, 7) Stryju, 8) Tarnopolu, 9) Złoczowie, 10) Nowym Targu;

B.

1) w Stanisławowie, 2) w Tarnowie;

C.

posady prymarjuszów-internistów szpitali:

1) w Białej, 2) Drohobyczu, 3) Stanisławowie, 4) Tarnowie.

Do posad wymienionych pod A. przywiązana jest:

a) płaca zasadnicza miesięcznie . . . 1.300 Mkp.
b) dodatek drożyźniany » od kwoty 8 600 » do kwoty 6.689 Mkp. zależnie od stanu rodzinnego i miejscowości;

pod B. przywiązana jest:

a) płaca zasadnicza miesięcznie . . . 1.600 Mkp.
b) dodatek drożyźniany » od kwoty 9.828 » do kwoty 7.644 Mkp. zależnie od stanu rodzinnego i miejscowości;

wreszcie do posad wymienionych pod C.:

a) płaca zasadnicza miesięcznie . . . 1.300 Mkp.
b) dodatki drożyźniane » od kwoty 8.600 » do kwoty 6.689 Mkp. zależnie od stanu rodzinnego i miejscowości.

Poza tem we wszystkich grupach dodatki za studja w wysokości 20% płacy zasadniczej i ewent. dodatki za wysługę lat 2½% od płacy zasadniczej.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać, że:

1) są obywatelami Państwa Polskiego,
2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,
3) wiek nie przekraczający 40 lat (przy odpowiednich kwalifikacjach mogą być zamianowani kandydaci do lat 50),
4) nieposzlakowaną przeszłość przy dołączeniu curriculum vitae.

Ponadto:

5) dla Dyrektorów, że posiadają dostateczne wszechstronne wykształcenie lekarskie — przedewszystkiem w dziale chirurgji i położnictwa oraz znajomość administracji szpitalnej,
6) dla prymarjuszów-internistów, że posiadają specjalne wykształcenie w dziale chorób wewnętrznych, chemji lekarskiej i bakterjologji.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo Zdrowia Publicznego na dzień 30. czerwca 1921 r.

Podania należycie udokumentowane — przy dołączeniu swiadectw odbytej praktyki lekarskiej w szpitalach, względnie klinikach oraz ewent prac naukowych — należy wnosić w tym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział: Zakłady lecznicze, Warszawa, Belwederska Nr 1. wraz z wymienieniem jednej lub kilku miejscowości, w których kandydat pragnąłby posadę otrzymać.

Minister w z.
(—) *Chodźko.*
Podsekretarz Stanu.

KURATORJUM OKRĘGU SZKOLNEGO LWOWSKIEGO Lwów, d. 26 maja 1921.

L. 10160/IV.

KONKURS.

Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego we Lwowie ogłasza niniejszem konkurs na 5 posad lekarzy szkolnych w państwowych szkołach średnich ogólno-kształcących i seminarjach nauczycielskich:

A mianowicie: po jednej posadzie w Białej, Brzeżanach, Drohobyczu, Stanisławowie i w Tarnopolu.

Do posad tych przywiązane są pobory urzędników państwowych IX kategorji płac, uregulowane ustawą z dnia 13-go lipca 1920 Dz. U. Rz. P. Nr 65. poz. 429.

Posady nadane będą na przeciąg jednego roku prowizorycznie, poczem nastąpi ewentualnie stabilizacja.

Instrukcja określająca obowiązki lekarza szkolnego, zatwierdzona przez Ministerstwa WR. i OP. ogłoszona w Dzienniku Urzędowym tego Ministerstwa z 30. października 1918 Nr 6 poz. 26 jest do przejrzenia w godzinach urzędowych w Departamencie IV Kuratorjum okręgu szkolnego we Lwowie (Biuro 15. II piętro).

Od kandydatów wymaga się: 1) Obywatelstwa polskiego, 2) Doktoratu wszech nauk lekarskich, uprawniającego do wykonywania praktyki lekarskiej. 3) Przynajmniej dwuletniej praktyki zawodowej po ukończeniu studjów.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się, że pracowali w higjeniczno-lekarskim dozorze szkolnym, względnie odbyli specjalne kursa dla lekarzy szkolnych.

Do podania należy dołączać opis przebiegu życia, określający dotychczasowe zatrudnienie kandydata oraz oświadczenie, w której z wyżej wymienionych miejscowości kandydat pragnie zająć posadę i że jest obznajomiony z obowiązującą instrukcją dla lekarzy szkolnych.

Podania należy wnosić do dnia 30 czerwca b. r. do Kuratorjum Okręgu szkolnego we Lwowie (Departament IV) ulica Karmelicka 4.

Kurator:

183 **Sobański,** w. r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Nr 7. Należytość pocztowa gotówką uiszczona.
Rok LX

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28.
Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

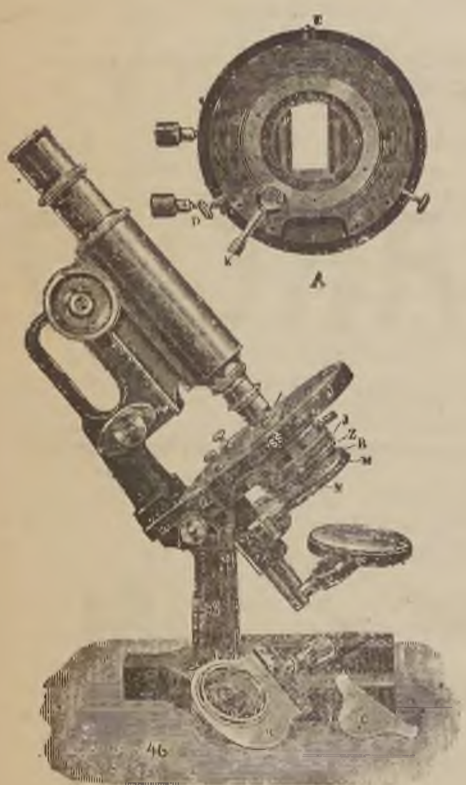
Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 17·—, w nadesłanem Mkp. 19·—, w tekscie Mkp. 21·—. — Załącznik za 1 raz 500, za 3 razy 1.200 Mkp.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

»Do Nru tego załącza się prospekt firmy Klawe z Warszawy«.





PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Stan podgorączkowy a ciepłota ciała.

Podał

Dr Karol Rozenfeld.

Przestarzały pogląd Wunderlicha na wysoki poziom ciepłoty prawidłowej tak głęboko zakorzenił się w naszem piśmiennictwie, że mimo wielokrotnie podejmowanej dyskusji [1]) nie możemy wyzwolić się dotąd z pod jego wpływu i ustalić ostatecznie granicy między ciepłotą prawidłową a podgorączkową. Wpływ ten uwydatnia się najjaskrawiej w podręcznikach djagnostyki ogólnej. Bronowski [2]) n. p. podaje, że ciepłota pod pachą u człowieka zdrowego waha się pomiędzy 36° a 37·4°, wynosząc średnio około 37°. »Niską ciepłotę prawidłową 36·5°—36·8°« — miewa, podług tego autora, dość pokaźna liczba osób słabowitych, wątłych, źle odżywionych, podlegających częstym krwawieniom i t. p. Ciepłota poniżej 36·2, utrzymująca się w ciągu wielu tygodni, ma być objawem głębokich zaburzeń odżywiania lub zatrucia ustroju. Znana ogólnie skala Wunderlicha, podług której ciepłota prawidłowa wynosi 37°—37·4°, a podgorączkowa 37·5°—38°, służy, jak zawsze, za podstawę klasyfikacji stanów gorączkowych. Analogiczne poglądy spotykamy w wielu nowszych podręcznikach niemieckich (Sahli), francuskich (Spillmann i Haushalter), rosyjskich (Lewin i Wysokowicz). Jednakże niektóre zastrzeżenia autorów, między innemi i Bronowskiego, dowodzą najlepiej, że ten punkt widzenia przeczy wielu spostrzeganym faktom i nie może być stosowany, jako ścisłe kryterjum, w ocenie stanów gorączkowych. Sahli [3]), który zasadniczo skłania się do utrwalonego tradycją poglądu, przyznaje, że u pewnych osób ciepłota wieczorna »z tych lub innych przyczyn« nigdy nie dochodzi do 37° i wskutek tego podniesienie jej do 37·2° mogłoby być uważane za stan względnej gorączki (relatives Fieber). Z drugiej zaś strony, podług tego autora, zdarzają się przypadki, szczególnie wśród chorych na gruźlicę, w których cały zespół objawów klinicznych dowodzi odczynu gorączkowego ustroju, a tymczasem poziom ciepłoty jest najzupełniej prawidłowy. Możemy mówić w tych razach o gorączce utajonej (latentes Fieber), lub o stanie gorączkowym bez właściwej gorączki (Fieber ohne Fieber). Nie będę zastanawiać się nad wartością logiczną tej terminologji, sądzę jednak, że traktowanie gorączki niezależnie od najważniejszego i zasadniczego jej objawu, jakim jest podniesienie ciepłoty ciała, wywoła jeszcze większą gmatwaninę pojęć i utrudni lekarzowi orjentowanie się w postępowaniu praktycznem.

Braki tych poglądów dają się odczuwać na każdym kroku w praktyce lekarskiej. Wobec rozpowszechnionego użycia ciepłomierza coraz częściej zgłaszają się do lekarza chorzy, którzy znają doskonale swoją ciepłotę prawidłową oraz wahania jej w różnych zaburzeniach chorobowych. Podniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia ponad zwykły poziom, trwające dłużej lub krócej, stanowi dzisiaj dość pospolitą skargę w ustach inteligentnego chorego. Jeżeli podniesienie to nie przewyższa 37°—37·2°, lekarz wobec braku wyraźnych zmian fizycznych, zgodnie z panującą opinją wyłącza stan podgorączkowy, a współtowarzyszące objawy podmiotowe przypisuje często nadmiernej wrażliwości i nerwowości chorego. Nie chcę bynajmniej uogólniać tego faktu, przekonałem się jednak na własnej osobie, że nawet wybitni lekarze nie są pod tym względem bez grzechu. Ta właśnie okoliczność ośmiela mnie do wypowiedzenia kilku uwag, podyktowanych bezstronną obserwacją faktów, w sprawie niezmiernie ważnej pod względem praktycznym. Nim przejdę do sformułowania własnego poglądu, pozwolę sobie przytoczyć krótki opis kilku spostrzeżeń, z których jedno zasługuje na szczególną uwagę.

I. Dr N. N., lat 49, lekarz. Przynajmniej od lat 15 — bóle w okolicy żołądka i prawem podżebrzu, które zapewne są w związku z przewlekłem cierpieniem pęcherzyka żółciowego i zrostami. Odżywienie nieszczególne, bladawy, krew prawidłowa. Ciepłota od szeregu lat bardzo niska i trzyma się stale na jednym poziomie. Zrana 35·7°—35·8°, w południe 35·6°—35·7°, wieczorami 36°—36·1°. W odbytnicy wahania około 36°. Od czasu do czasu występuje podniesienie ciepłoty do 36·6°—36·8°—37°, rzadziej do 37·2°, któremu zwykle towarzyszą przykre objawy podmiotowe. Zaburzenia te trwają 2—3 dni, czasami tydzień i więcej. Wobec braku wyraźnych zmian fizycznych i prawidłowej rzekomo ciepłoty, cierpienie to traktowano początkowo, i to przez czas dłuższy, jako wyłącznie nerwowe. Dopiero dwukrotne wystąpienie żółtaczki skierowało rozpoznanie na właściwe tory. Lekarz ten podczas wojny chorował na zimnicę, stwierdzoną badaniem krwi. Po kilku pierwszych napadach, w których ciepłota dochodziła do 39°—39·5°, nastąpił cały szereg napadów lekkich, ale dosyć charakterystycznych, w których ciepłota na szczycie wynosiła 36·8°—37°. W roku ubiegłym lekarz ten chorował na zapalenie odoskrzelowe prawego płuca z małym wysiękiem opłucnej. Oprócz pierwszych dni, w których ciepłota wahała się około 37·5°—38°, cała sprawa, trwając blisko 4 tygodnie, przebiegała z ciepłotą podgorączkową poniżej 37°.

II. Dr L. W., lat 52, lekarz. Odżywienie, stan ogólny, samopoczucie bardzo dobre. W związku z rozedmą płuc skłonność do nieżytów oskrzeli, pozatem zupełnie zdrowy. Ciepłota ciała oddawna niska: zrana 35·8°, wieczorami najwyżej 36·2°. Podniesienie do 36·8°, towarzyszące czasami nieżytom, z powodu przykrych objawów podmiotowych uważa za stan podgorączkowy.

III. W. K., l. 40, żona przemysłowca, dotknięta gruźlicą włóknistą. Odżywienie i stan ogólny zupełnie dobre. Ciepłota w okresach zdrowia 35·8°—36·2°—36·3°. Zaostrzenie sprawy gruźliczej wywołuje kilkodniowe lub tygodniowe podniesienie ciepłoty do 36·8°—37°. W ciągu 10-letniej obserwacji 37·4° było największem podniesieniem ciepłoty z powodu gruźlicy.

IV. W marcu b. r. zgłosiła się do mnie uczennica, lat 18, doskonale odżywiona, poprzednio zdrowa, której ciepłota, podług słów matki, wahała się zwykle od 35·6°—36·1°. Od 3 tygodni w następstwie zapalenia gardła ciepłota trzyma się stale powyżej 36° i dochodzi wieczorami do 36·7°, rzadziej 37° [4]). Chora straciła łaknienie, miewa bóle głowy, czuje się ociężałą. Przy dalszej obserwacji stwierdzono zapalenie wsierdzia.

Nie będę opisywać spostrzeżeń, w których u osób z ciepłotą zwykłą 36° do 36·5° — podniesienie jej do 37° było już odczynem gorączkowym z powodu rozwijającej się gruźlicy płuc. Przypadki takie, jak sądzę, nie należą wcale do faktów wyjątkowych w praktyce każdego lekarza. Widzimy więc, że metodyczne mierzenie ciepłoty przy dłuższej obserwacji chorych i porównanie krzywej z okresu zdrowia i choroby nasuwają wnioski, które są w sprzeczności z panującym poglądem. Praktyka zmusza nas poniekąd do rewizji tego poglądu i wymaga ustalenia nowych kryterjów, któreby zapobiegały nieporozumieniom i możliwym błędom rozpoznawczym.

Przedewszystkiem powinniśmy rozstać się z przesądem, że ciepłota poniżej 36·5°, a nawet 36·2°, musi być objawem złego odżywienia, wątłości, zatrucia lub jakiegoś cięższego schorzenia ustroju. Muszę podkreślić, że z pośród grona moich stałych pacjentów znam kilka osób dobrze odżywionych, względnie zdrowych, bardzo czynnych i sprawnych, których ciepłota w ciągu lat całych w warunkach prawidłowych nie przewyższa 36·2°. Co więcej, u niektórych osób każdemu podniesieniu ciepłoty n. p. do 36·8°—37° towarzyszy zmiana samopoczucia, a czasami swoiste, stale powtarzające się »sensacje«. W jednym przypadku u 14-letniej dziewczynki przykre i nieokreślone bliżej uczucia w kończynach dolnych są zwykłym zwiastunem stanu podgorączkowego (36·8°), występującego na tle częstych nieżytów jamy nosowogardłowej. Stwierdzenie tych faktów, dowodzących ważnego znaczenia czynników indywidualnych w poruszonem przez nas

[1]) Porównaj dyskusję na II. Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w 1914 r. Pamiętnik Zjazdu. Str. 17—24.

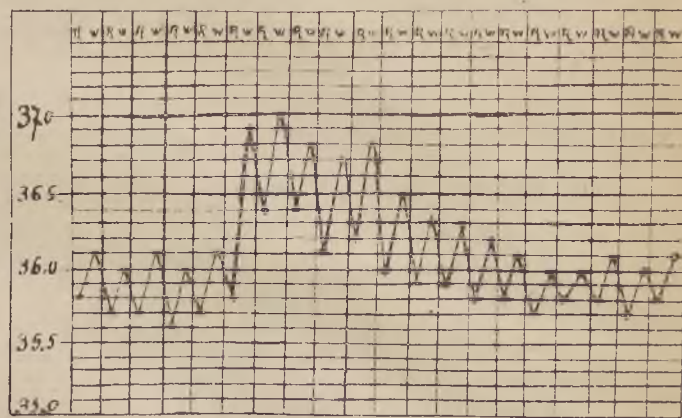
[2]) Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część II, 1919, str. 460.

[3]) Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig 1913, str. 57.

[4]) Oczywiście w analogicznych przypadkach nie można nigdy poprzestawać na zapewnieniach chorego. O ile wiem z własnego doświadczenia, użycie złego ciepłomierza może być powodem nieporozumień, mających ważne konsekwencje praktyczne.

zagadnieniu, nie wyłącza wcale współistnienia niskiej ciepłoty z całym szeregiem stanów nieprawidłowych i chorobnych, znanych dobrze lekarzom i opisywanych zwykle w podręcznikach djagnostyki ogólnej. Powtóre, górną granicę fizjologicznych wahań ciepłoty należy bezwarunkowo przesunąć nieco ku dołowi. W ciągu 25-letniej praktyki spostrzegałem zaledwie kilka przypadków wysokiej ciepłoty u osób zupełnie zdrowych. W jednym przypadku 35-letnia kobieta miała w czasie dwuletniej obserwacji ciepłotę 36·7⁰—37·2⁰, przyczem stan ogólny i samopoczucie były bardzo dobre. Jednakże, o ile mogę sądzić na podstawie własnego doświadczenia, przypadki takie należą raczej do wyjątków i przy układaniu zbiorowej skali wahań fizjologicznych ciepłoty mogłyby nawet nie być brane w rachubę. Twierdzenie, że ciepłota człowieka zdrowego waha się pod pachą średnio około 37⁰, jest stanowczo błędne. Chociaż określenie najczęstszego typu ciepłoty prawidłowej[5]) nie wchodzi w zakres mojego zadania i nie podejmowałem w tym kierunku na większą skalę systematycznych badań, na podstawie luźnych wrażeń z praktyki już oddawna doszedłem do przekonania, że u większości ludzi ciepłota wieczorami nie przewyższa 36·6⁰. Chcąc sprawdzić swoje wrażenia, zbadałem w ostatnim roku dokładnie 25 osób zupełnie zdrowych. Mierząc im kilkakrotnie ciepłotę w różnych odstępach czasu i w jednakowych warunkach o godzinie 9 rano i o 6 wieczorem, stwierdziłem, że w 18 przypadkach (72⁰/₀) wahała się ona w granicach od 36⁰ do 36·6⁰. W tym celu przejrzałem również krzywe ciepłoty w 200 przypadkach prawidłowego porodu w Zakładzie ginekologiczno-położniczym Dr S. Nowaka w Częstochowie. Z dostarczonych mi łaskawie schematów wynika, że 45⁰/₀ położnic opuszcza zakład z ciepłotą wieczorną poniżej 36·5⁰, a 55⁰/₀ z ciepłotą poniżej 37⁰. Oczywiście liczby te nie są bezwzględnie rozstrzygające, może bowiem zachodzić wątpliwość co do wartości ciepłomierzy, sposobu mierzenia ciepłoty i wreszcie wpływu porodu na stan ciepłoty; w każdym razie mają one pewne znaczenie orjentacyjne i na ogół potwierdzają moje osobiste wrażenia. Z autorów obcych, o ile wiadomo mi z dostępnego na razie piśmiennictwa, zwrócił uwagę na tę kwestję Wolff-Eisner[6]). Autor ten przeczy stanowczo, żeby ciepłota ciała pod pachą miała wynosić 37⁰. Zdarzać się to może u poszczególnych osób, ale przeważnie »wynosi ona nawet w odbytnicy 36⁰ do 36·5⁰«.

Mimo wszystko podręczniki djagnostyki powtarzają z dziwnym uporem zdanie dawnych autorów (Liebermeister), że ciepłota człowieka zdrowego waha się w bardzo szerokich granicach: od 36⁰ do 37·2⁰ (Sahli), 37·4⁰ (Bronowski), nawet 37·5⁰ (Spillmann i Haushalter)[7]). Oprócz zbyt wysokiego poziomu ciepłoty, zasadnicze nieporozumienie polega na tem, że skala ta mimo wielkiej rozciągłości (1·5⁰) jest stosowana, jako ogólne kryterjum w ocenie indywidualnych wahań i zaburzeń ciepłoty. Ten punkt widzenia jest sprzeczny z faktami i wymaga koniecznie pewnego sprostowania. Systematyczne badania na sobie samym i kilku osobach z otoczenia przekonały mnie, że ciepłota w warunkach prawidłowych, mierzona zawsze jednym ciepłomierzem, w tych samych okolicznościach o godzinie 9 rano i 6 wieczorem, trzyma się stale określonego poziomu. Wahania dzienne są małe, n. p. 0·3⁰ i najczęściej nie przewyższają 0·5⁰. Tak n. p. osobnik z ciepłotą ranną 35·7⁰ miewa wieczorem 36·1⁰—36·2⁰. Nie przeczę, że praca, zmęczenie, ruch i zapewne inne czynniki wskutek zmian cyrkulacyjnych mogą wywołać nieznaczne podniesienie ciepłoty. Stwierdziłem na sobie, że po 2 godzinach nieprzerwanej pracy ambulatoryjnej ciepłota moja podnosi się średnio o 0·3⁰, poczem w ciągu niecałej godziny wraca do dawnego poziomu. Oczywiście te drobne wahania ciepłoty należą do zjawisk fizjologicznych i pod względem praktycznym nie mają żadnego znaczenia[8]). Jeżeli jednak u osobnika ze ściśle określonym typem ciepłoty w pewnym momencie ciepłota podnosi się o kilka dziesiętnych stopnia ponad zwykły poziom i utrwala się na nowym poziomie na dnie lub tygodnie, jeżeli prócz tego występują pewne objawy i zaburzenia ogólne, mamy prawo mówić o podgorączkowym odczynie ustroju, chociażby to podniesienie ciepłoty mieściło się całkowicie w ramach t. zw. »prawidłowej skali« i nie dochodziło nawet do 37⁰. Poniższy schemat dobrze uzmysławia stosunek między ciepłotą prawidłową a podgorączkową w pierwszym z opisanych powyżej przypadków.



W przypadku tym podniesienie ciepłoty do 37⁰ ma to samo znaczenie objawowe, co ciepłota 38⁰ w skali Wunderlicha. O stanie podgorączkowym rozstrzyga nietylko podniesienie ciepłoty ponad zwykły dla danego osobnika poziom, ale również i zmiana jej typu. Różnica między ciepłotą ranną i wieczorną, przewyższająca wahania prawidłowe, powinna budzić przypuszczenie gorączki.

Indywidualne traktowanie stanów gorączkowych wydaje mi się jedynie właściwem rozwiązaniem zagadnienia, dotyczącego stosunku między ciepłotą prawidłową a podgorączkową. Indywidualizując zjawisko gorączki, wyrzekając się szablonowej, z góry powziętej formuły, czynimy tylko zadość zasadniczym wymaganiom nauki współczesnej. Z tego stanowiska pojęcie gorączki względnej, utajonej, gorączki bez gorączki (Sahli) staje się zgoła zbytecznym dla nauki balastem.

Wnioski.

I. Skala fizjologicznych wahań ciepłoty, określana w podręcznikach djagnostyki w granicach od 36⁰ do 37·4⁰, nie odpowiada rzeczywistości i nie może być uważana za kryterjum w ocenie indywidualnych zaburzeń ciepłoty, z powodu 1) wysokiego poziomu górnej granicy i 2) szerokiej amplitudy wahań.

II. W warunkach prawidłowych ciepłota większości ludzi waha się od 36⁰ do 36·6⁰. Wahania dzienne (9 rano i 6 wieczorem) są małe i nie przewyższają 0·5⁰.

III. Stanem podgorączkowym nazywamy mniej lub więcej długotrwałe podniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia ponad zwykły dla danego osobnika poziom.

IV. Stany podgorączkowe powinny być oceniane wyłącznie ze stanowiska indywidualnego.

Uwagi o przepisach prawnych dotyczących kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających

podał

Prof. Dr Jan Piltz,

Dyrektor kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

(Według referatów, wygłoszonych 10. maja 1921 na posiedzeniu Wydziału karnego prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej i 17. maja 1921 na II. Zjeździe psychiatrów polskich w Poznaniu).

Sprawa niepoczytalności jest z jednej strony ściśle związana ze sprawą zmniejszonej poczytalności, a z drugiej ze sprawą okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających. Wszystkie te sprawy są wzajemnie tak bardzo od siebie zależne, że niepodobna ich rozpatrywać oddzielnie. Niepodobna n. p. rozstrzygać sprawy zmniejszonej poczytalności i definjować jej, jeżeli się naprzód nie wie, co będzie powiedziane w paragrafach ustawy, mówiących o okolicznościach łagodzących lub środkach zabezpieczających.

Dlatego też przed przystąpieniem do szczegółowego omawiania każdej z tych spraw z osobna, należy przeprowadzić dyskusję ogólną i ustalić zasady, które powinnyby służyć za pod-

---

[5]) Podług Dziembowskiego wynosi ona rano 36·5⁰. Krótki rys djagnostyki oraz metod badania klinicznego. Poznań 1920, str. 13.

[6]) Dr D. O. Kuthy und A. Wolff-Eisner: Die Prognosenstellung bei der Lungentuberkulose, Berlin 1914, str 194.

[7]) Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique. Paris 1911, str. 25.

[8]) Daremberg i Chuquelt wykazali, że w przypadkach gruźlicy skrytej ruch w ciągu jednej godziny podnosi ciepłotę o 0·5⁰. Spostrzeżenie to stało się podstawą metody djagnostycznej Daremberga w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy.

stawę i punkt wyjścia dla ostatecznego skodyfikowania każdej z tych spraw z osobna.

Wychodząc z tego założenia, pragnę podnieść, co następuje: Ustawa i procedura karna mają zawierać prawne podstawy dla sprawiedliwego i racjonalnego karania jednostek, które popełniły czyny bezprawne i zawierać przepisy normujące wykonanie kary. W jakim celu to wszystko? Oczywiście w celu zabezpieczenia społeczeństwa przed zbrodniczem postępowaniem jednostek.

Kara jest jednym ze środków obrony społeczeństwa przed zbrodnią, gdyż odstrasza chwiejne elementy od popełnienia zbrodni, a więc też do pewnego stopnia zapobiega zbrodni.

Skuteczność jednak tego środka, jako prewencji indywidualnej w kierunku zapobiegawczym, jest mała.

W pedagogji kara, jako środek wychowawczy, zupełnie zbankrutowała, to też nowoczesna pedagogja coraz mniej tym środkiem się posługuje i używa innych środków pedagogicznych, bardziej skutecznych.

Nie twierdzę, ażeby przy obronie społeczeństwa przed czynami zbrodniczemi jednostek można było całkowicie obejść się bez represji, jaką jest karanie. Sądzę tylko, że istotne zapobieganie zbrodni jest daleko skuteczniejszym środkiem obrony społeczeństwa przed zbrodnią, niż zwalczanie zbrodni, zupełnie tak samo, jak zapobieganie zakaźnym chorobom jest skuteczniejszym środkiem obrony społeczeństwa przed grożącem mu ze strony tych chorób niebezpieczeństwem, niż zwalczanie szerzących się epidemij.

Dlatego też dziś przy kodyfikowaniu przepisów ustawowych w sprawie poczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających, należałoby odnośną część ustawy i procedury karnej oprzeć przedewszystkiem na tych ogólnych zasadach biologicznych, gdyż wtedy będzie ona rzeczywiście odpowiadać nowoczesnym wymogom nauki i dotychczasowemu doświadczeniu.

Ażeby módz skutecznie zapobiegać zbrodni, trzeba znać dokładnie przyczyny zbrodni i okoliczności, w jakich one najczęściej się zdarzają.

Przyczyny zbrodni można podzielić na 2 kategorje; na socjalne, leżące na zewnątrz jednostki, i indywidualne, tkwiące w samej jednostce, która bezprawny czyn popełniła. Do socjalnych zewnętrznych przyczyn powstawania zbrodni należą n. p. alkohol lub anormalne gospodarcze i społeczne stosunki, panujące w danym kraju, do indywidualnych zaś — wiek, niedostateczne i wadliwe wychowanie, ale przedewszystkiem wrodzone lub nabyte anormalności psychiczne.

Uzdrowienie społeczenstwa pod względem cielesnym, duchowym i gospodarczym jest oczywiście najlepszym środkiem zapobiegawczym w walce ze zbrodnią. Te sprawy należą do zadań hygieny społecznej.

Najczęstsze indywidualne biologiczne przyczyny zbrodni są następujące: 1) choroby i zboczenia psychiczne; 2) stany afektywne znacznego stopnia, 3) stany psychiczne przymusowe i 4) stany niezupełnego rozwoju u dzieci.

Psychiatra, jako biolog, jest powołany do rozpatrywania przedewszystkiem indywidualnych przyczyn zbrodni wynikających z wrodzonych lub nabytych anormalności psychicznych.

Ja też ograniczę się do omówienia tylko tych przyczyn zbrodni, a następnie przedstawię w najogólniejszych zarysach, jak, mojem zdaniem, z punktu widzenia psychiatry — klinicysty, należałoby w ustawie karnej i w procedurze karnej ująć sprawę niepoczytalności i zmniejszonej poczytalności, a z drugiej strony sprawę okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających, ażeby na tej podstawie módz najskuteczniej bronić społeczeństwo przed zbrodniczemi czynami ludzi psychicznie chorych i nienormalnych.

Codzienne doświadczenie uczy nas klinicystów, że przestępstwa i zbrodnie są bardzo często bezpośrednią konsekwencją choroby psychicznej lub zboczenia psychicznego, a czasami nawet wprost objawem choroby psychicznej. I tak n. p. kradzież popełniona przez chorego, cierpiącego na porażenie postępujące, jest, przy ustalaniu rozpoznania, nieraz równie cennym objawem, jak zaburzenia pamięci, zaburzenia mowy lub zniesienie oddziaływania źrenic na światło. Morderstwo w przebiegu paranoi jest tylko logiczną konsekwencją patologicznego sposobu myślenia chorego. W wyjątkowych przypadkach bywa jednak i tak, że psychicznie chory popełnia zbrodnię z zupełną świadomością o jej bezprawności i karygodności, a jedynie tylko pod wpływem patologicznego, natrętnego, wewnętrznego przymusu, któremu oprzeć się nie może. Tak przynajmniej należy oceniać n. p. kradzieże, popełniane przez osoby cierpiące na kleptomanję.

Rozpatrzmy teraz, jakie choroby psychiczne najczęściej wiodą do zbrodni i do jakich zbrodni.

Chorzy, cierpiący na depresję, pod wpływem urojeń, że nietylko oni sami, ale nawet i ich dzieci całe życie z powodu ich grzechów cierpieć będą, — nieraz zabijają własne dzieci.

Chorzy, cierpiący na manję lub hypomanję, pod wpływem psychoruchowego podniecenia, wzmożonej drażliwości i zniesienia hamulców psychicznych, powstrzymujących ludzi normalnych od niewłaściwego postępowania, popełniają zbrodnie obrazy czci, uszkodzenia ciała lub mienia.

Epileptycy w stanach zamroczenia, pod wpływem halucynacji, dezorjentacji i urojeń prześladowczych, a z drugiej strony wzmożonej obraźliwości i skłonności do wpadania w stan silnego afektu, popełniają nieraz zbrodnie uszkodzenia ciała, mienia i zabójstwa.

Ludzie, znajdujący się w t. zw. patologicznym stanie upojenia alkoholowego, na który zapadają jednak tylko psychopaci konstytucjonalni albo epileptycy, pod wpływem głębokiego zamroczenia świadomości, iluzji i urojeń, a przedewszystkiem z powodu niezwykle silnego popędu do gwałtownych i zbrodniczych czynów, popełniają bardzo często zbrodnie zabójstwa.

Paranoicy lub chorzy na dementia paranoides, pod wpływem urojeń prześladowczych popełniają nieraz zbrodnie zabójstwa.

Chorzy na porażenie postępujące, z powodu otępienia, w szczególności osłabienia krytycyzmu i pojęć etycznych i porażenia hamulców psychicznych i megalomanji, pod wpływem podniecenia psychoruchowego popełniają nieraz oszustwa, kradzieże, a czasem zbrodnie na tle seksualnem.

Chorzy na otępienie starcze (dementia senilis), z powodu osłabienia władz umysłowych, pod wpływem podniecenia erotycznego dopuszczają się nieraz zbrodni na tle seksualnem u dzieci.

Chorzy na otępienie padaczkowe lub na t. zw. charakter padaczkowy, który jest stałym stanem zwyrodnienia padaczkowego z powodu zwyrodnienia charakteru, cechującego się obniżeniem uczuć i pojęć etycznych, zboczeniami popędu płciowego, niezwykle wygórowanym egoizmem, bezwzględnością, brutalnością, obraźliwością, drażliwością, popędliwością i skłonnością do wpadania w niezwykle silny stan afektu, popełniają często zbrodnie obrazy czci, uszkodzenia ciała, zabójstwa, morderstwa lub morderstwa na tle seksualnem.

Chorzy na niedorozwój psychiczny, z powodu niedostatecznego albo patologicznego rozwoju władz psychicznych, intelektualnych lub moralnych, popełniają sprzeniewierzenia, oszustwa lub kradzieże.

Ludzie, cierpiący na wrodzoną psychopatję konstytucjonalną, lekkiego lub średniego stopnia, która jest chorobą wrodzoną i charakteryzuje się rozmaitego rodzaju objawami zwyrodnienia, a więc objawami histero- lub epileptoidalnemi, natręctwami myślowemi, t. zw. patologicznem kłamstwem (pseudologia phantastica), upośledzeniem uczuć i pojęć etycznych, alkoholizmem, morfinizmem, zboczeniami popędu płciowego, w szczególności homoseksualizmem, już to z powodu tych wrodzonych stałych patologicznych zboczeń konstytucji, już to pod wpływem alkoholu lub pod wpływem przemijających, reaktywnych lub endogenicznych stanów afektywnego podniecenia, które i bez alkoholu u nich często się zdarzają, popełniają zbrodnie sprzeniewierzenia, oszustwa, kradzieży, włamania, zabójstwa, rabunkowego morderstwa lub zbrodnie na tle seksualnem.

Ludzie, cierpiący na psychopatję konstytucjonalną ciężkiego stopnia, pod postacią ciężkiej wrodzonej lub dziedzicznej, to znaczy przez kilka pokoleń nieraz powtarzającej się »moral insanity« ze zbrodniczemi skłonnościami, z powodu braku wszelkich uczuć i pojęć rodzinnych, społecznych i etycznych, pod wpływem wielkiej zazwyczaj popędliwości, gwałtowności i skłonności do asocjalnych i zbrodniczych czynów, już to z powodu wrodzonych stałych ciężkich patologicznych zboczeń konstytucji, już to pod wpływem alkoholu lub pod wpływem zdarzających się u nich często przemijających, reaktywnych lub endogenicznych stanów afektywnego wzburzenia i podniecenia, popełniają zwykle przez całe swoje życie coraz to nowe i coraz straszniejsze zbrodnie kradzieży, włamania, zabójstwa lub rabunkowe morderstwa, a żadne, nawet najsroższe kary lub czasowe internowanie w domach pracy, w domach poprawczych, w więzieniach lub w zakładach psychiatrycznych, ani odstraszyć ich ani odzwyczaić od tych zbrodni nie zdoła.

Chorzy na alkoholizm przewlekły, z powodu obniżenia uczuć i pojęć etycznych i pod wpływem patologicznie wzmożonej drażliwości i popędliwości, popełniają najrozmaitsze zbrodnie: obrazy czci, uszkodzenia ciała, sprzeniewierzenia, oszustwa lub kradzieży.

Chorzy na paranoię alkoholiczną z urojeniami na tle zazdrości i niewiary małżeńskiej, popełniają czasami zbrodnie zabójstwa lub morderstwa.

Bardzo wiele z tych zbrodni, które tu wyliczyłem, zupełnie nie staje się przedmiotem rozpraw sądowych; psychiatra dowiaduje się o nich tylko od rodziny chorego przy zbieraniu wywiadów.

Przystępując teraz do rozpatrzenia pytania, które choroby psychiczne lub stany patologiczne wykluczają poczytalność, zaraz na wstępie podkreślić muszę:

1) że przy ocenie poczytalności sprawcy należy brać na uwagę tylko ten stan psychiczny, który istniał w chwili popełnienia zbrodni,

2) że stwierdzenie choroby psychicznej w chwili popełnienia czynu bezprawnego jednak nie zawsze jeszcze poczytalność wyklucza.

Z doświadczenia bowiem klinicznego, a jeszcze bardziej z praktyki lekarskiej, wiemy, że istnieją różne stopnie nasilenia takich chorób psychicznych, jak epilepsja, schizofrenja, histerja, depresja, manja lub paranoia, a z drugiej strony, że istnieje nieprzerwany łańcuch wrodzonych lub nabytych zaburzeń rozwojowych i stanów psychopatji konstytucjonalnej o różnym stopniu nasilenia, a mianowicie od najlżejszych — jak debilitas lub neuropathia constitutionalis lekkiego stopnia, aż do najcięższych — jak idiotismus lub moral insanity głębokiego stopnia ze zbrodniczemi skłonnościami.

Pomiędzy paranoikiem z zupełnie wyraźnemi urojeniami prześladowczemi a osobnikiem, posiadającym jedynie wrodzoną psychopatyczną paranoidalną naturę, cechującą się egocentryzmem, podejrzliwością, obraźliwością i skłonnością odnoszenia wielu rzeczy do swojej osoby, która jednak nie przeszkadza mu być jednostką w społeczeństwie bardzo pożyteczną, istnieje nieprzerwana i nieskończona gama stanów pośrednich.

Depresja okresowa, która jest klasyczną dziedziczną chorobą psychiczną, powtarzającą się nieraz przez szereg pokoleń, występuje nieraz w tak lekkiej postaci, że jakkolwiek z jej powodu chory szuka porady lekarskiej i leczy się, to jednak nie przeszkadza mu ona w spełnianiu codziennych obowiązków zawodowych, a przedewszystkiem, o co nam tu głównie chodzi, nie upośledza bynajmniej jego zdolności rozpoznawania bezprawności swego postępowania lub zdolności kierowania swojem postępowaniem. Niedawno leczyłem z powodu depresji okresowej pewnego dyrektora banku, który obowiązki swoje spełniał bez zarzutu i otoczenie jego nie wiedziało, że on stan depresji przechodził. Nieraz stan depresji okresowej jest tak lekki, że go nietylko ludzie obcy, ale nawet najbliższa rodzina nie dostrzega.

Praktyka uczy nas również, że psychiczna padaczka (epilepsja) przejawia się nieraz jedynie pod postacią zmiany usposobienia, a więc bez zaburzeń świadomości, która to zmiana usposobienia występuje zazwyczaj nagle i samorzutnie, a więc bez zewnętrznych powodów i która może trwać kilka dni lub tylko kilka godzin. W takim stanie zmienionego usposobienia, na tle padaczki, dzieci są wrażliwe, drażliwe, kapryśne i niczem, ani dobrocią, ani groźbą, uspokoić ich nie można. Po kilku dniach lub godzinach taki patologiczny stan mija samorzutnie, i to najczęściej zupełnie nagle. Podobne stany na tle padaczki zdarzają się również i u ludzi dorosłych. Pomiędzy tym najlżejszym równoważnikiem padaczkowym, a głębokiem zamroczeniem padaczkowem (delirium epilepticum) istnieje również cała skala stanów pośrednich o różnym stopniu nasilenia.

To samo da się powiedzieć i o wielu innych chorobach psychicznych.

Otóż teraz, o ile nawet dla laika jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że wyraźna choroba psychiczna, która istniała u sprawcy w chwili popełniania czynu, poczytalność jego wyklucza, to psychiatra klinicysta musi przyznać, że istnieją takie lekkie postacie chorób psychicznych, w których poczytalność może być albo zupełnie utrzymana albo tylko zmniejszona.

Tyle uczy nas doświadczenie lekarskie.

Doświadczenie sądowo-lekarskie uczy nas dalej, że osoby, na ogół psychicznie zdrowe, popełniają nieraz zbrodnie, a mianowicie: 1) pod wpływem zatrucia alkoholem, 2) pod wpływem bardzo silnego afektu (dotyczy to szczególnie jednostek neuropatycznych, jednak nie w tym stopniu anormalnych, ażebyśmy je za chore uważać mieli), 3) pod wpływem groźby lub przymusu i wreszcie 4) w stanie hypnotycznym pod wpływem suggestji, na co pierwszy zwrócił uwagę Bernheim w Nancy.

W stanie alkoholowego upojenia średniego stopnia, t. zw. podchmielenia, które oczywiście nie jest niczem innem, jak tylko krótkotrwałą przemijającą toksyczną psychozą — ludzie wogóle zdrowi, z powodu wzmożonej drażliwości, kłótliwości, wzmożonego samopoczucia i osłabienia hamulców psychicznych, jakie zatrucie alkoholem wywołuje, popełniają często zbrodnie obrazy czci, pobicia, uszkodzenia ciała lub mienia.

W stanach alkoholowego upojenia znacznego stopnia z powodu zamroczenia świadomości, dezorjentacji i porażenia hamulców psychicznych, pod wpływem wzmożonej drażliwości i skłonności do gwałtownych czynów, popełniają ludzie nieraz zabójstwa.

O innych stanach anormalnych, a mianowicie o stanach psychiki, zmienionej pod wpływem silnego afektu, suggestji hypnotycznej, przymusu lub groźby, które w pewnych warunkach mogą również wykluczyć poczytalność, mówić tu nie będę, gdyż stany te nie są chorobą psychiczną lecz tylko psycho-fizjologiczną reakcją ludzi na ogół zdrowych na bodźce zewnętrzne, wstrząsy moralne, na suggestję lub groźbę.

Jeżeli teraz rozważymy wszystko to razem, co wiemy z psychiatrji, z doświadczenia sądowo-lekarskiego, z psychologji i z życia, a mianowicie, że istnieją tak lekkie stopnie nasilenia chorób psychicznych, które poczytalności nie wykluczają, natomiast że zdarzają się stany afektywne, hypnotyczne lub wywołane groźbą tak znacznego nasilenia, które, jakkolwiek nie są chorobami psychicznemi lecz tylko psycho fizjologicznemi reakcjami na podniety zewnętrzne, wstrząsy moralne lub działanie suggestji czy groźby, a jednak w pewnych okolicznościach czynią ludzi niepoczytalnemi, to wówczas stanie się jasnem, dlaczego pojęcia niepoczytalności nie można identyfikować tylko z pojęciem choroby psychicznej lub jedynie do choroby psychicznej ograniczać, lecz że pojęcie niepoczytalności powinno oprócz pewnych stanów chorób psychicznych — pewnego nasilenia — obejmować również i te wyjątkowe i niezwykłe przejawy życia psychicznego ludzi na ogół zdrowych.

Z powyższych wywodów wypływa, mojem zdaniem, ta konsekwencja, że przy redagowaniu definicji niepoczytalności, obok prawnika i psychiatry, który może ma tu najwięcej do powiedzenia, czynny udział powinien także wziąść i psycholog, a właściwie znawca psychologji życia, a definicja niepoczytalności powinna być zredagowana w ten sposób, żeby obejmowała doświadczenie prawnika-kryminologa, psychiatry i psychologa.

Z powyższego, mojem zdaniem, wynika również i to jeszcze, że przy definiowaniu pojęcia niepoczytalności nie należy posługiwać się wyłącznie metodą psychiatryczną, używając takich terminów psychiatrycznych, jak: paranoia, melancholja, manja, niedorozwój psychiczny lub zamroczenie, lecz należy używać metody mieszanej, polegającej na określeniu ogólnem z wyjaśnieniem metodą psychologiczną, n. p. choroba psychiczna lub takie zakłócenie czynności psychicznych, które nie pozwalały sprawcy rozpoznać bezprawności swego postępowania lub stosownie do tego pokierować wolą.

W myśl tego, co dotąd powiedziałem, zaproponowałem na posiedzeniu Wydziału karnego prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej z dnia 10. maja 1921, następującą definicję pojęcia niepoczytalności:

»Niepoczytalnym był sprawca, jeżeli w chwili spełnienia czynu znajdował się, z powodu choroby psychicznej lub zakłócenia czynności psychicznych, w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać bezprawności swego postępowania lub stosownie do tego rozpoznania pokierować wolą«.

W tem zasadniczem ujęciu i przy zachowaniu jej zasadniczej konstrukcji, została powyższa definicja niepoczytalności przez Wydział karny prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej uchwalona i po wprowadzeniu pewnych poprawek w następującej ostatecznej redakcji przyjęta:

»Nie będzie poczytany czyn, jeżeli w chwili jego spełnienia sprawca znajdował się z powodu choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu lub stosownie do tego rozpoznania pokierować swojem działaniem«.

Ponieważ ta definicja w sposób zupełnie przedmiotowy uwzględnia wszystkie możliwości, jakie się w życiu zdarzają, przeto wydaje mi się ona najodpowiedniejszą.

Na tem samem posiedzeniu zaproponował Dr Rafał Radziwiłłowicz inną definicję niepoczytalności, a mianowicie:

»Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa wskutek rozstroju psychicznego, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub pokierować swojem działaniem«.

Ta definicja jednak przez Wydział prawa karnego nie została przyjęta.

Tą samą sprawą zajmował się następnie II Zjazd psychjatrów polskich, który się odbył w Poznaniu dnia 17—19 maja b. r. Referaty w tej sprawie przedłożyli Dr R. Radziwiłłowicz, prof. Sieradzki i ja. Dr Radziwiłłowicz bronił swojej definicji, ja zaś zaproponowałem definicję niepoczytalności w brzmieniu przyjętem na posiedzeniu Wydziału prawa karnego materjalnego, uzasadniając ją, podobnie jak to uczyniłem na posiedzeniu z dnia 10. maja b. r., w sposób mniej więcej następujący:

Pomiędzy propozycją Dr Radziwiłłowicza a moją właściwie zasadniczej różnicy niema. Według definicji Dr Radziwiłłowicza, tak jak to sam w dyskuji na Wydziale karnym dnia 10 maja 1921 wyjaśnił, poczytalność może być wykluczona i z powodu chorobowych zaburzeń psychicznych i z innych powodów. To samo przewiduje definicja przezemnie zaproponowana. Różnica polega jednak na tem, że gdy Dr Radziwiłłowicz dla określenia chorobowych zaburzeń psychicznych używa takich terminów jak »rozstrój psychiczny« i »niedorozwój psychiczny«, ja używam terminu ogólniejszego, a mianowicie »choroba psychiczna«. Dla określenia innych stanów psychicznych, a mianowicie niechorobowych, mogących wykluczyć poczytalność, używa Dr Radziwiłłowicz terminu »zamroczenie świadomości«, ja zaś terminu »taka przemijająca anormalność psychiczna lub takie zakłócenie czynności psychicznych, które nie pozwala sprawcy rozpoznać.. « Sądzę, że termin, zaproponowany przezemnie, jest ogólniejszy, a więc odpowiedniejszy, ponieważ obejmuje również i te wyjątkowe stany przemijającego zakłócenia czynności psychicznych, które, jak to słusznie mojem zdaniem na posiedzeniu z dnia 10. maja b. r. podkreślił prokurator Makowski, przebiegać mogą nieraz i bez wyraźniejszego zamroczenia świadomości.

Dr Radziwiłłowicz wprowadza do definicji niepoczytalności termin »niedorozwój psychiczny« dla tego, że, jak twierdzi, w praktyce często się zdarza, iż sędzia za chorobę psychiczną uznaje tylko stany nabyte, a nie wrodzone. Otóż co do tego podnieść muszę, że jakkolwiek przyczyną niedorozwoju psychicznego bywa nieraz alkoholizm lub kiła rodziców i niedorozwój psychiczny jest wtedy wrodzony, to jednak najczęściej niedorozwój psychiczny jest skutkiem przebytych w dzieciństwie (nieraz nawet w późnem dzieciństwie) takich chorób mózgowych, jak zapalenie mózgu (encephalitis) lub opon mózgowych, a więc jest w większości przypadków chorobą nabytą a nie wrodzoną, podobnie jak n. p. kretynizm lub otępienie przedwczesne.

Co się zaś tyczy terminu »zamroczenia świadomości«, to podnieść należy, że nie jest ono wyłącznie cechą charakterystyczną dla przemijających stanów afektywnych niechorobowych, skoro często spotyka się w przebiegu chorób psychicznych.

Wreszcie pragnę zwrócić uwagę i na to, że psychiatrja jest nauką jeszcze stosunkowo bardzo młodą, w szczególności zaś, że klasyfikacja chorób psychicznych nie jest jeszcze dostatecznie ustalona i w ostatnich dziesiątkach lat ulegała i obecnie wciąż jeszcze ulega ciągłym zmianom, i że różne szkoły psychiatryczne trzymają się różnych klasyfikacji. Stąd też pochodzi, że w dzisiejszej psychiatrji jedne i te same jednostki chorobowe, albo nawet objawy, noszą nieraz różne nazwy, albo że jedne i te same terminy psychiatryczne są różnie pojmowane. Takim n. p. nie ściśle określonym i nieuchwytnym wydaje mi się termin »rozstrój psychiczny«. Dlatego też w definicji niepoczytalności z powodu choroby psychicznej, która obowiązywać ma przez czas dłuższy, a więc powinna być czemś względnie stałem, nie należy wyszczególniać nazw oddzielnych chorób psychicznych, a tem mniej można równorzędnie i współmiernie z niemi wyliczać pewne objawy psychopatologiczne, jak to czyni w swojej definicji niepoczytalności Dr Radziwiłłowicz, gdzie zamroczenie świadomości, które, jak to wyżej zaznaczyłem, jest objawem, spotykanym w przebiegu różnych chorób psychicznych, jest postawione w jednym rzędzie z niedorozwojem psychicznym, określającym pewną jednostkę chorobową.

Zresztą nawet wszystkie trzy terminy, zaproponowane przez Dr Radziwiłłowicza, a mianowicie rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, nie obejmują jeszcze wszystkich chorób psychicznych, które wykluczają poczytalność, a przedewszystkiem nie obejmują najcięższej, często dziedzicznej, postaci choroby psychicznej, jaką jest »moral insanity« z asocjalnemi zbrodniczemi instynktami.

Z tych wszystkich względów zaproponowałem na Zjeździe przyjęcie definicji niepoczytalności w brzmieniu przyjętem przez Wydział karny Komisji kodyfikacyjnej.

Zjazd psychiatrów polskich w Poznaniu 17. maja b. r. przychylił się jednak do definicji, zaproponowanej przez Dr Radziwiłłowicza i przyjął ją w następującej kompromisowej redakcji: »Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa, wskutek chorobowego zaburzenia czynności psychicznych (resp. chorobliwego rozstroju psychicznego), niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości, nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub działać zgodnie z tem rozpoznaniem«.

Przyszedłszy po głębszem zastanowieniu się do przekonania, że i ta, przez Zjazd psychjatrów przyjęta definicja również jeszcze nie jest zadowalniająca, a z drugiej strony wychodząc z założenia, że sprawa definicji niepoczytalności, przed ostatecznem jej zredagowaniem przez Wydział karny Komisji kodyfikacyjnej, powinna być spokojnie i przedmiotowo ale gruntownie i wszechstronnie przez lekarzy tak samo, jak przez prawników rozważona, postanowiłem całą tę sprawę poruszyć w prasie lekarskiej, ażeby tą drogą obudzić dla niej zainteresowanie szerszych kół lekarskich, a w szczególności tych lekarzy, którzy jako znawcy sądowi mają z definicją niepoczytalności w sądzie często do czynienia.

W sprawie zmniejszonej poczytalności powiedzieć pragnę tylko tyle:

Jeżeli z jednej strony pomiędzy zupełnie wyraźną chorobą psychiczną bardzo lekkiego stopnia istnieje nieskończony łańcuch stanów pośrednich, od najcięższych do najlżejszych, a z drugiej strony jeżeli wyraźna choroba psychiczna poczytalność wyklucza, a przy bardzo lekkiej formie choroby psychicznej poczytalność może być zachowana, — to w takim razie przy pewnym stopniu nasilenia choroby psychicznej, większym od najlżejszego, ale jeszcze nie tak znacznym, aby zupełnie poczytalność wykluczał, poczytalność musi być zmniejszona.

Z tego widzimy, że już na podstawie znajomości klinicznej psychiatrji jesteśmy zmuszeni co do pewnych stanów psychopatologicznych przyjąć zmniejszoną poczytalność. Podkreślić jednak należy, co następuje: Jeżeli w pewnych warunkach n. p. niezawiniony stan upojenia alkoholowego może być uwzględniony jako okoliczność łagodząca, gdyż sprawca mógł mieć zmniejszoną poczytalność, to w razie przyjęcia zmniejszonej poczytalności z powodu psychopatji konstytucjonalnej, alkoholizmu przewlekłego i t. p. nie byłoby właściwem zmieniać wymiaru sprawiedliwości pod względem ilościowym, lecz należałoby to uczynić jedynie pod względem jakościowym. Błędem bowiem w tego rodzaju przypadkach byłoby czas pobytu w więzieniach skracać, gdyż sprawca przez to tylko wcześniej znalazłby się na wolności i wcześniej popełniłby nową zbrodnię. W tych przypadkach należy karę więzienia raczej zamienić w zależności od przypadku albo na dom pracy, na dom poprawczy, na zakład dla alkoholików, zakład psychiatryczny, a w pewnych przypadkach, jeżeli osobnik jest stale dla otoczenia niebezpieczny, zastosować względem niego nawet najpewniejszy środek zabezpieczający, a mianowicie zakład dla kryminalnych psychicznie chorych.

A teraz parę słów jeszcze o okolicznościach łagodzących, a głównie o stosowaniu środków zabezpieczających czyli ochronnych.

Stworzenie odpowiednich przepisów prawnych dla racjonalnego stosowania środków zabezpieczających czy ochronnych — w przypadkach chorób lub zboczeń psychicznych — wydaje mi się rzeczą pierwszorzędnej wagi, gdyż przedewszystkiem od racjonalnego prawnego ujęcia tej sprawy będzie zależeć skuteczne zapobieganie zbrodni.

O ile w dotychczasowych prawodawstwach na pierwszem planie stała sprawa winy i kary, to dziś, odpowiednio do postępu nauk biologicznych, w nowoczesnem prawodawstwie główny nacisk powinien być położony na problemat zapobiegania zbrodni i nowa ustawa i procedura karna powinny być do niego dostosowane.

Ponieważ, jak już wyżej zaznaczyłem, zbrodniczy czyn jest bezpośrednią konsekwencją chorobliwego sposobu myślenia umysłowo chorego, a nieraz wprost objawem choroby psychicznej, psychiatra klinicysta i praktyk ma bardzo często ze zbrodnią do czynienia i jego działalność praktyczna, poza leczeniem chorych, polega między innemi również na zapobieganiu zbrodni.

Przykłady: 1) Rodzina przyprowadza do psychiatry chorą, cierpiącą na depresję z urojeniami grzeszności: że wszystko stracone, że nietylko ona sama, lecz i jej dzieci z powodu jej grzechów całe życie pokutować będą, i podaje m. i., że chora usiłowała zabić swoje dziecko i że tylko z trudem udało się katastrofie zapobiedz. Lekarz umieszcza chorą w szpitalu i przez to zabiega zbrodni, którą następnego dnia popełniłby mogła. — 2) Rodzina przyprowadza do psychiatry paranoika i podaje m. i., że chory groził sąsiadowi, że go zabije, ponieważ upatrywał w nim domniemanego swego wroga, który go truje. Lekarz,

umieszczając chorego w szpitalu, zapobiega zbrodni. — Takich przykładów możnaby przytoczyć bardzo wiele.

Ponieważ, jak na tych przykładach widzimy, w przypadkach chorób psychicznych można zapobiedz zbrodni najszybciej i najskuteczniej, jeżeli się chorego, który mógłby popełnić zbrodnię, umieści w szpitalu, przeto z jednej strony trzeba starać się o to, ażeby nowe przepisy prawne, normujące przyjmowanie psychicznie chorych do zakładów, były możliwie najprostsze[1]), a z drugiej strony dążyć do tego, ażeby jaknajprędzej powstały odpowiednie potrzebne zakłady.

Jeżeli w prawodawstwie naszem będzie wyraźnie powiedziane, że sprawca, jakkolwiek uznany za niepoczytalnego lub częściowo poczytalnego, musi być ze względu na bezpieczeństwo publiczne umieszczony w odpowiednim zakładzie, wówczas stworzenie takich zakładów stanie się prawną koniecznością, która niewątpliwie przyspieszy ich powstanie, gdyż wtedy będzie istniał motyw prawny do ich wybudowania.

Oprócz tego jest rzeczą pierwszorzędnej wagi zamieszczenie w naszej przyszłej procedurze karnej postanowienia, ażeby we wszystkich przypadkach, w których sprawca z powodu choroby psychicznej został uznany za niepoczytalnego lub za mającego zmniejszoną poczytalność, psychiatra był jako znawca powołany do wyrażenia swojej opinji także i co do tego, co należy ze sprawcą dalej zrobić. I ta opinja znawcy-psychiatry powinna być dla sądu podstawą do powzięcia odnośnej uchwały, gdyż tylko psychiatra posiada kwalifikacje potrzebne do tego, ażeby módz przewidzieć, jak sprawca na różne zarządzenia, dotyczące jego osoby, w przyszłości oddziaływać będzie, jaki będzie dalszy przebieg jego choroby psychicznej i jak należy z nim postąpić, ażeby jego chorobę psychiczną wyleczyć lub poprawić, a gdy jest nieuleczalna, jak sprawcę unieszkodliwić i przez to ochronić społeczeństwo przed nową jego zbrodnią.

Zastanówmy się teraz jeszcze w ogólnych zarysach nad tem, jak należy w każdym poszczególnym przypadku postąpić?

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie wyraźnej choroby psychicznej, takiej jak depresja, manja lub epilepsja, powinien być uznany za niepoczytalnego, ale aż do wyleczenia umieszczony w zakładzie psychiatrycznym.

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie patologicznego stanu upojenia alkoholowego, to powinien być uznany za niepoczytalnego. Ponieważ jednak patologiczny stan upojenia zdarza się przeważnie tylko u psychopatów konstytucjonalnych albo epileptyków, lecz zawsze tylko pod wpływem alkoholu, przeto trzeba doprowadzić do tego, żeby taki człowiek nigdy nie używał alkoholu i dlatego w celu odzwyczajenia go od używania alkoholu należy go najmniej na 9 miesięcy umieścić w zakładzie dla alkoholików.

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie choroby psychicznej, takiej jak paranoia, porażenie postępujące, otępienie starcze, padaczkowe lub niedołęstwo (imbecillitas), a sąd przyjmie u sprawcy istnienie zmniejszonej poczytalności i przyzna mu okoliczności łagodzące, to należy sprawcy karę nie tyle skrócić, ile zmodyfikować, i to w ten sposób, ażeby takiego osobnika, zamiast w więzieniu, umieścić na pewien czas dla leczenia lub w razie konieczności na stałe w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym albo w zakładzie dla epileptyków lub idjotów.

Jeżeli sprawca cierpi na psychopatję konstytucjonalną średniego stopnia i został uznany za niepoczytalnego, powinien być umieszczony w zakładzie psychiatrycznym. W razie przyznania sprawcy okoliczności łagodzących, należy przewidzianą karę detencji, zamiast skrócić, zmodyfikować, i to w ten sposób, ażeby zamiast w więzieniu umieścić go na odpowiedni przeciąg czasu w zakładzie psychiatrycznym, w domu poprawczym lub w domu pracy.

Jeżeli sprawca cierpi na psychopatję konstytucjonalną ciężkiego stopnia, a mianowicie na »moral insanity« z wrodzoną skłonnością do zbrodniczych asocjalnych czynów, to powinien być, mojem zdaniem, uznany za niepoczytalnego, lecz jako nieuleczalnie psychicznie chory i w wysokim stopniu stale niebezpieczny dla otoczenia — na stałe umieszczony w zakładzie psychiatrycznym lub w odrębnym zakładzie dla zbrodniczych psychicznie chorych. »Moral insanity« ciężkiego stopnia ze zbrodniczemi zkłonnościami jest bowiem najcięższą chorobą psychiczną, jaką znam. Jest to choroba nietylko wrodzona, ale często dziedziczna, t. j. powtarzająca się nieraz przez szereg pokoleń. Ponieważ jest ona nieuleczalna, a ludzie nią dotknięci są stale w wysokim stopniu niebezpieczni dla otoczenia, przeto powinni być, jak już powiedziałem wyżej, na stałe umieszczeni w odpowiednich zakładach dla zbrodniczych psychicznie chorych, które należy jaknajprędzej otworzyć, i to albo przy zakładach psychiatrycznych, albo przy zakładach karnych, ale pod kierunkiem psychiatrów.

Uznanie ludzi, dotkniętych chorobą psychiczną w postaci ciężkiej »moral insanity« z wrodzonemi skłonnościami do zbrodniczych czynow, za niepoczytalnych, ale jako stale niebezpiecznych, za kwalifikujących się na stałe do odrębnych zakładów dla zbrodniczych psychicznie chorych, będzie niewątpliwie ważnym krokiem naprzód w rozwoju prawodawstwa karnego, i w zupełności odpowiadać będzie nowoczesnym biologicznym zapatrywaniom psychiatrji na tę postać chorobową i na jej okropne znaczenie społeczne.

Jeżeli sprawca nie cierpi na alkoholizm przewlekły, a dowiedzionem zostało, że upił się rozmyślnie w celu ułatwienia sobie wykonania zbrodni, to oczywiście nie powinien być uniewinniony.

W pewnych przypadkach upojenia alkoholowego, samowolnie niezawinionego, można sprawcy przyznać okoliczności łagodzące, lecz zupełnie uniewinniony taki człowiek również być nie powinien. Przy powtórzeniu się zbrodni, znów pod wpływem alkoholu, lub gdy ustalonem zostało, że sprawca cierpi na alkoholizm przewlekły, — w obydwu tych przypadkach powinno się sprawcę umieścić przynajmniej na 9 miesięcy w zakładzie leczniczym dla alkoholików.

Jeżeli sprawca cierpi na psychozę okresową, a zbrodnię popełnił w przerwie, w okresie zdrowia, powinien być uznany za poczytalnego.

Wprowadzenie w ustawie i procedurze karnej specjalnych przepisów, przewidujących i normujących dalsze postępowanie z jednostkami, które zbrodnię popełniły z powodu chorób czy zboczeń psychicznych, wydaje mi się z zasadniczych względów rzeczą bardzo wielkiej wagi, gdyż tylko wówczas będzie można w sposób racjonalny zapobiegać zbrodni.

Już wyżej zaznaczyłem, że wprowadzenie tego rodzaju przepisów do ustawy względnie procedury karnej niewątpliwie również przyczyni się do szybszego powstania jeszcze dziś nie istniejących a tak potrzebnych zakładów: wychowawczych, poprawczych, domów pracy, zakładów dla kryminalnych psychicznie chorych.

Oczywiście, że dopiero z chwilą powołania do życia tego rodzaju zakładów stworzone zostaną u nas odpowiednie warunki dla racjonalnej walki z przestępstwem i zbrodnią i wówczas dopiero będzie można powiedzieć, że sądownictwo nasze, przy czynnym współudziale lekarzy-psychiatrów, będzie mogło należycie spełniać swoje doniosłe i zaszczytne zadanie bronienia społeczeństwa przed zbrodniczemi czynami jednostek psychicznie nienormalnych, — zadanie, które, jak to już wielokrotnie zaznaczyłem, polegać powinno nie tyle na tępieniu, ile na zapobieganiu zbrodni.

[1]) Przedewszystkiem należałoby znieść przepis, wymagający przy oddawaniu psychicznie chorego do zakładu psychiatrycznego przedkładania t. zw. »świadectwa przynależności«, które i później od odpowiedniej gminy za pośrednictwem rodziny chorego wydostać można. W wyjątkowych przypadkach, w których przynależność gminna nie da się ustalić, koszt utrzymania chorego powinno pokryć państwo.

O brodawczaku jamy ustnej.

(Condyloma acuminatum).

Podał **Dr A. Nadel**, por. lek.

Z oddziału skórnego szpitala wojskowego w Stanisławowie.

Niewielka liczba przypadków brodawczaka jamy ustnej opisanych w literaturze[1]) skłania mnie do opisania dwóch, zauważonych w ostatnich czasach na naszym oddziale.

1) A, M., ♂, 22 l., skarży się na nieznaczne dolegliwości przy połykaniu, trwające około 6 tygodni. Chory silnie zbudowany, dobrze odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Zaczerwienienie podniebienia miękkiego z wyraźną siatką rozszerzonych naczyń włosowatych; powierzchnia podniebienia miękkiego jakoteż gardła lśniąca, pokryta licznemi, bladoróżowemi guzkami wielkości główki od szpilki. Między języczkiem a prawym przednim łukiem podniebiennym guzek wielkości soczewicy, barwy bladoróżowej, powierzchni chropowatej, uszypułowany. Chory podaje, że w ostatnich czasach miewał często zapalenia gardła i że wiewióra i kiły nie prze-

[1]) Do r. 1900 zebrano tylko 15 publikacji. (Przp. Red.).

chodził. Odczyn Wassermanna ujemny. Guzek wycięto w obrębie szypuły. Obraz histologiczny (Instytut anatomii patolog. we Lwowie prof. Dr Nowicki): Przerost brodawek z rozszerzonemi naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi, miejscami zapalny naciek drobnokomórkowy, przerost warstwy cylindrycznej; typowy obraz brodawczaka błony śluzowej.

2) I. A., ♂, 32 l., zgłosił się z objawami kiły drugorzędnej. Nigdy przedtem nie chorował, nie przypomina sobie również żadnych chorób gardła. Dolegliwości przy połykaniu nie ma. Na mosznie i koło odbytu kłykciny sączące, na podniebieniu miękkiem, obu migdałkach i na wewnętrznych brzegach warg naloty kiłowe. Między prawym przednim i tylnym łukiem podniebiennym guzek wielkości grochu, uszypułowany, barwy bladoróżowej, chropowatej powierzchni. Otoczenie przekrwione, naczynia włosowate miękkiego podniebienia rozszerzone. Po zastosowaniu leczenia swoistego (10 wstrzyknięć 10% salicylanu rtęci i 4 neosalwarsanu po 0,45 i 0,6, razem przeszło 2,0) zniknęły objawy kiły, odczyn Wassermanna z dodatniego stał się ujemny. Guzek wycięto; mikroskopowo dał tensam charakterystyczny obraz brodawczaka.

Według Schaeffera[2]) są brodawczaki błony śluzowej jamy ustnej zawsze uszypułowane, (jak i w naszych 2 przypadkach), Kahn[1]) jednakowoż opisuje brodawczaki nieuszypułowane, stanowiące co prawda mały odsetek brodawczaków jamy ustnej.

Przyczyną powstawania tych guzów tak na skórze, jak i na błonach śluzowych jest według wszystkich prawie autorów ciągłe, długotrwałe drażnienie, wywołane zwiększoną wydzieliną, bez względu na rodzaj drobnoustrojów. Najczęstszą tedy przyczyną w jamie ustnej będą przewlekłe zapalenia jamy ustnej lub gardła, połączone ze zwiększoną wydzieliną błony śluzowej i następową maceracją jej górnych warstw (pharyngitis granulosa, rhinitis hyperplastica, angina, hypertrophia tonsillae pharyngeae, lues).

Prawdopodobnie brodawczaki na błonie śluzowej jamy ustnej są znacznie częstsze, aniżeli ich opisy w literaturze. Wszak nowotwór ten, często bardzo mały, nie zawsze wywołać musi objawy chorobowe, a tem samem nie zawsze dostaje się pod obserwację lekarza. Nieraz też znajdowano brodawczaki u chorych, zgłaszających się z zupełnie innemi dolegliwościami (jak w naszym drugim przypadku).

Literatura. 1) Kahn: Arch. f. Lar. VIII. 1894. — 2) Schaffer: Chir. Erfahr. in Rhinolog. u. Laryngol. — 3) Hoppman: Volkmanns Saml. kl. Vertr. Nr 315 — 4) Thost: D. m. W. 21. 1890.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F. D'Hérelle: **O mikrobie bakterjożernym (bactériophage) i jego roli w odporności.** (La Presse médicale, 1921, 47). Na podstawie szeregu rozmaitych badań autor doszedł do wniosków, które, w razie potwierdzenia, mogą znacznie zmienić, a może zupełnie obalić nasze dotychczasowe poglądy w dziedzinie chorób zakaźnych i odporności.

Punktem wyjścia badań autora było następujące doświadczenie. Rozcieńczywszy stolec ozdrowieńca czerwonkowego w buljonie, przesącza przez filtr porcelanowy, z tego przesączu dodaje 10 kropel do mętnej hodowli buljonowej bakterji czerwonkowych i wstawia do cieplarki przy 37°. Po 12 godzinach bakterje rozpuszczają się, a płyn staje się zupełnie przeźroczysty. Kropla tego płynu, wprowadzona do nowej obfitej hodowli bakterji czerwonkowych, wywołuje rozpuszczenie się tej drugiej hodowli. Śladzik tej drugiej hodowli wywołuje tosamo w trzeciej i tak bez końca. To zjawisko występuje stale bez osłabienia własności rozpuszczającej, a nawet wręcz przeciwnie, po kilkunastu takich przeszczepieniach rozpuszczenie odbywa się już po 3—4 godzinach, a do rozpuszczenia wystarcza miljardowa cząstka centymetra sześciennego. Czynnik rozpuszczający zatem nie ulega jak diastaza wyczerpaniu, lecz mnoży się i hoduje, co jest cechą ustrojów żywych. Doświadczenia autora dowodzą, że chodzi tu o drobnoustroje, przechodzące przez porcelanowe sączki, ultramikroskopowe, objętości nie większej od molekułu białka. Ten ultramikrob rozwija się na żelatynie, choć hodowle jego nie są dla oka widoczne. Niszczy on bakterje czerwonkowe i nie pozwala się rozwinąć ich hodowlom. Autor nazywa ten drobnoustrój mikrobem bakterjożernym (bakterjożerca — bactériophage). Uważa go za pasorzyta bakteryj, który się w nich mnoży, wytwarza zaczyny lityczne, wywołuje pękanie ciała bakteryjnego, poczem zarodniki bakterjożerne, wydostawszy się, atakują inne bakterje. Działanie to rozwija się w wielu gatunkach bakteryj, n. p. czerwonkowych, durowych, paratyfusowych, dżumy, tyfusu ptasiego, krwawej posocznicy bawołów, chorób jedwabników i t. p. Stałą jego siedzibą są jelita, a z prątkami okrężnicy żyje w symbiozie. Jego działanie bakterjobójcze znacznie przewyższa wszystkie znane środki przeciwgnilne. Temu mikrobowi zawdzięcza ustrój, zaatakowany przez bakterje chorobotwórcze, swoje wyzdrowienie. W każdej zakaźnej chorobie kiszek, choćby najlżejszej, można w chwili poprawy cierpienia wyhodować ze stolca bakterjożercę. Lekki przebieg jemu należy zawdzięczać, a gdy bakterjożerce z powodu niekorzystnych warunków nie rozwijają się, wówczas choroba bierze górę. Historja choroby zakaźnej jest wyrazem walki bakterji z ultramikrobem żernym; gdy ten na czas wystąpi do akcji, chory zdrowieje, w przeciwnym razie ulega chorobie. We wszystkich badanych przez autora przypadkach pojawiał się bakterjożerca w stolcach podczas rekonwalescencji, natomiast w żadnym okresie choroby nie dał się wykazać w przypadkach, które się miały źle skończyć. Jest to czynnik ochronny, który szerzy się, jak bakterje, z osobnika na osobnika — a zatem jest to udzielająca się »zaraźliwa« odporność. Leczniczo stosował autor w różnych epizoocjach zwierzęcych szczepionkę z hodowli bakterjożercy i uzyskiwał odporność. U ludzi w 7 przypadkach ciężkiej czerwonki po wewnętrznem podaniu 1 cm³ takiej bakterjożernej hodowli spostrzegał ozdrowienie po 24—36 godzinach. Łańcuch dowodzeń prawdziwości tej teorji zamyka fakt, że surowica zwierzęcia, któremu wstrzykiwano poprzednio serję hodowli bakterjofaga, działa uczulająco. Dr Blassberg (Kraków).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. czerwca 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 58 członków.

I. Prezes poświęca serdeczne wspomnienia ś. p. kol. prof. Ludwikowi Rydygierowi i bł. p. kol. Julianowi Lustgartenowi. Obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

II. Kol. Rychliński przedstawia i szerzej omawia przypadki: 1) **mięsaka pochwy** o charakterze zarodkowym u dziecka dwuletniego; 2) wielokomorowej **torbieli**, mającej punkt wyjścia z **pranercza;** 3) **jednorożnej macicy**, z drugim rogiem szczątkowym; 4) **ciąży jajowodowej,** powstałej prawdopodobnie z powodu włókniako-gruczolaka, usadowionego tuż przy ujściu macicznem; 5) dużego **mięsaka nerki;** 6) **gruźlicy jajowodów;** 7) trzy przypadki **przetok pęcherzowo-pochwowych**, powstałych po porodzie na tle niestosunku porodowego; dwie z nich powikłane rozdarciami zwieracza odbytnicy.

II. Kol. Rychliński wygłasza referat: **O uśpieniu eterowo-oliwnem przez odbytnicę na zasadzie własnych spostrzeżeń** (drukowany).

W dyskusji zabierają głos: kol. Glatzel, Wojciechowski, prof. Rosner, Glassner, Eisenberg, Hładyj, prof. Szumowski i prelegent.

XXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 23. września 1920 r.

XXVII. Posiedzenie naukowe z dnia 29. września 1920 r.

Przewodniczy kol. wicepr. Kostrzewski, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 69 członków.

I. Kol. Rychliński przedstawia chorą, u której wykonał **plastykę pochwy** przy zupełnej agenezji części rodnych wewnętrznych. Prelegent wszczepił w zrobiony na tępo otwór, odpowiadający miejscu pochwy, błonę śluzową z innej chorej. Efekt operacyjny bardzo dobry.

W dyskusji kol. Wojciechowski przedstawia różne metody operacyjne podobnych przypadków i stwierdza zalety metody stosowanej przez kol. Rychlińskiego.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 6. października 1920 r.

Przewodniczy kol. wiceprezes Kostrzewski, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 80 członków.

I. Na członków przyjęto: kol. Zagórskiego, Sochackiego, Tołłoczkównę, Umińską i Birnbaum Aurelię.

II. Kol. Borowiecki przedstawia:

1) Przypadek **choroby Friedreicha** w niezwykłej kombinacji **z eunuchoidyzmem** (obfita podściółka tłuszczowa, skąpe owłosienie, niedokształt narządów płciowych), głuptactwem i objawami padaczkowemi.

2) Przypadek **nagminnego zapalenia mózgu** (encephalitis myoclono-choreiformis), połączony mniej więcej w pół roku

po wybuchu z wybitnemi objawami odcinkowemi i symetrycznemi porażeniami wiotkiemi oraz zaburzeniami czucia, które to objawy niewątpliwie świadczyły o siedzibie sprawy chorobowej w szyjnej części rdzenia (C_3—C_8). Objawy myokloniczne dawały się tutaj spostrzegać w mięśniach niedowładem objętych.

3) Fotografje przypadku **postępującego torsyjnego kurczu** u dzieci, jednostki chorobowej, którą Ziehen, Oppenheim, a u nas Flatau i Sterling opisali, przeciwstawiając ją atetozie obustronnej (athetosis idiopathica primitiva, athétose double).

III. Kol. doc. Nowączyński wygłasza wykład: **Zasady leczenia zapaleń nerek.** (Ogłoszony w całości w Nr. 1. »Przeglądu lek.« z r. 1921).

W dyskusji 1) kol. Szymanowicz zaznacza, że dotychczasowa metoda leczenia nefrozy, najczęściej przez położnika spotykanej, t. j. ren gravidarum, stosowana w klinice położniczej krakowskiej, a polegająca na podawaniu przedewszystkiem mleka, i to w dużej ilości, dała bardzo dobre wyniki. Być może, że i djeta polecona przez kol. Nowaczyńskiego okaże się skuteczną, w każdym razie sam mowca bałby się stosować ją przy dużej ilości białka, małej ilości moczu i wysokiem ciśnieniu. — 2) Kol. Blassberg kwestjonuje łatwość wszystkich metod stwierdzających stan nerek i stwierdza, że większa ich część da się zastosować tylko w klinikach i oddziałach szpitalnych. — 3) Kol. Nowaczyński podtrzymuje swoje zapatrywania co do łatwości i możności wykonania prób w codziennej praktyce i poleca spróbowanie polecanego przez siebie sposobu leczenia nefroz.

XXIX. Posiedzenie naukowe z dnia 13. października 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. Kol. prof. Talko-Hryncewicz wygłasza odczyt: **O starej trepanowanej czaszce wileńskiej.** Prelegent wspomina o spotykanych w ostatnich czasach przypadkach trepanacji czaszek z mogił na Litwie. Wszystkie one należały do pośmiertnych i robione były w celu otrzymania amuletów lub używane były do praktyk czarodziejskich. Czaszka przedstawiona przez prelegenta wyróżniała się tem, że należała do trepanowanych za życia. Pochodziła z góry zamkowej w Wilnie i wykopana została w r. 1908. Podług prof. T. H. — sądząc z budowy i warunków, w jakich ją znaleziono — sięga ona XV—XVI w. a może jeszcze wcześniej. Z typu antropologicznego przypomina miejscowy, jest męską, wieku średniego. Na najgrubszej części potylicy, nieco z boku i na lewo od zewnętrznej guzowatości potylicznej, znajduje się otwór owalny 17 mm długości i 7 mm szerokości, ze znacznie zarośniętym, nierównym brzegiem. Czaszka nie przedstawia żadnych zmian patologicznych, jak również uszkodzeń urazowych. Prelegent sądzi, że trepanacja dokonana została sposobem bardzo pierwotnym w celu leczniczym i że po operacji, wnosząc po bliźnie kostnej dokoła rany, chory żył jeszcze dłuższy czas. — Prof. Rutkowski zgadza się z prof. T. H. co do charakteru otworu na przedstawionej czaszce.

II. Kol. doc. Mayer: **Nowe postępy rentgenologji chorób serca i aorty.** Częstsze i ściślejsze zetknięcie się internistów z rentgenologją w czasie ubiegłej wojny zmieniło dawne zapatrywania na ocenę wielkości i kształtu serca, oraz wyzyskało dla rozpoznania badanie ruchów serca i napięcie mięśnia sercowego w obrazie rentgenologicznym. Powstały też cenne spostrzeżenia co do szerokości, długości, kształtu, tętnienia i natężenia cienia aorty w chorobach organicznych jej ścian. Po omówieniu tych punktów wytycznych podał prelegent swój sposób, pozwalający na badanie rentgenologiczne prawej komory, która dotychczas była niedostępna dla badania. (Dokładny opis został ogłoszony drukiem).

XXX. Posiedzenie naukowe z dnia 20. października 1920 r.

Przewodniczy kol. wicepr. Kostrzewski, protokołuje kol. Dr Szymanowicz; obecnych 83 członków.

Na członków przyjęto kol. Kączkowską oraz K. Schornsteinównę.

I. Kol. doc. Gieszczykiewicz wygłasza wykład: **O etjologji żółtaczki zakaźnej** (choroby Weila) i demonstruje preparaty z hodowli zarazka. Krętek żółtaczki zakaźnej został odkryty przez 2 autorów japońskich R. Inada i Y. Ido w r. 1914 i nazwany przez nich spirochaete icterohaemorrhagiae. W rok później niezależnie opisali go w Niemczech Uhlenhuth i Fromme pod nazwą spir. icterogenes, oraz Huebner i Reiter pod nazwą spir. nodosa. Noguchi nazywa go leptospira icterohaemorrhagiae. Jest to krętek średnio 9 μ długi, $^1/_4$ μ gruby, tworzy około 20 bardzo drobniutkich skrętów, które tylko przy użyciu specjalnych metod dają się uwidocznić (demonstracja). Barwikami anilinowemi zwyczajnemi barwi się trudno, uwidocznić go najlepiej: 1. pod ultramikroskopem, 2. metodą Giemsy 3. w preparatach srebrzonych. Daje się łatwo hodować na rozcieńczonej surowicy króliczej. Jest bardzo wrażliwy na czynniki fizyczno-chemiczne, zwłaszcza na odczyn kwaśny ośrodka. Zapomocą czystych hodowli daje się z łatwością odtworzyć charakterystyczny obraz żółtaczki krwotocznej u świnki morskiej, która ginie średnio po upływie tygodnia. Szczury i myszy zakażeniu nie ulegają, mogą jednak miesiącami pasorzyty w sobie nosić i wydzielać je z moczem, przenosząc choroby w ten sposób na inne zwierzęta i na ludzi. Swoiste rozpoznawanie choroby Weila polega bądźto na biologicznem badaniu krwi lub moczu chorego (zależnie od okresu choroby) na świnkach przez wstrzykiwanie im do jamy otrzewnej około 5 cm³ świeżej krwi lub świeżego osadu z moczu, bądź to na poszukiwaniu swoistych ciał odpornościowych w surowicy krwi chorego, z których praktycznie najważniejsze są aglutyniny. Aglutynacja krętków pod wpływem swoistych ciał odpornościowych u chorych lub ozdrowieńców jest próbą pewną i stałą, ujawnia się dobrze pod ultramikroskopem.

II. Kol. Rychliński przedstawia u 23-letniej położnicy przypadek **obustronnych sutków dodatkowych** z wyraźną brodawką z otoczką i wydzieliną mleczną, utrzymującą się przez miesiące. Odróżnić je należy od t. zw. pseudomamma, brodawkowatej wyniosłości, wytworzonej ze zgrubiałego nabłonka i tkanki łącznej z zupełnym brakiem tkanki gruczołowej i przewodów oraz od t. zw. pachowych gruczołów mlecznych, potnych, które mają się nadmiernie powiększać, szczególnie u położnic, skutkiem tego, że wąskie ujścia przewodów gruczołów potnych nie nadają się do wydalania płynu mlecznego. Wreszcie omawia kol. Rychliński pokrótce teorje, według których gruczoł potny i mleczny pochodzą z jednej i tej samej podstawowej formy.

XXXI. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 87 członków.

I. Prezes poświęca gorące wspomnienie ś. p. Dr M. Buzdyganowi, długoletniemu członkowi Towarzystwa, lekarzowi filantropowi. Obecni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

II. Kol. Rose przedstawia przypadki: 1) lewostronnej **apraksyi ruchowej,** 2) częściowej **apraksyi ruchowej,** 3) **guza** prawego **kąta mostkowo-móżdżkowego,** 4) **guza szypułki mózgowej** (pedunculus cerebri.), 5) **osteomalacji męskiej,** który szerzej omawia kol. Skórczewski.

III. Kol. Glatzel przedstawia 4 chorych **operowanych z powodu przebicia wrzodu tyfusowego.** Bardzo dobre wyniki zabiegu skłaniają prelegenta do polecenia operacji w podobnych przypadkach. Kol. Glatzel omawia wskazania i techniczną stronę zabiegu.

IV. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **mięsaka gałki ocznej.** Leczenie operacyjne.

V. Kol. doc. Brudzewski wygłasza odczyt p. t.: **Oko w świecie zwierząt niższych** (z demonstracjami).

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 2. listopada 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 65 członków.

I. Na członków przyjęto kol. Strutyńskiego K. i Zapałowicza Wł.

II. Kol. Walter przedstawia 2 przypadki kiły II: 1) t. zw. »Bombensternform« Niemców, 2) psoriasis palmaris et plant. luetica.

III. Kol. Olbrycht przedstawia kilka preparatów anatomopatologicznych, które miał sposobność zebrać jako prosektor szpitala wojskowego.

IV. Kol. prof. Majewski wraz z kol. Karelusem wygłasza referat: **O sklerotomji krzyżowej przy jaskrze.** Wyniki tej operacji są według statystyki prelegenta znakomite i godne dalszych prób.

W dyskusji 1) kol. Brudzewski kwestjonuje tak dobre wyniki zabiegów. — 2) Kol. Rosenhauch zapytuje, jak długo obserwowano wyniki przy glaucoma inflammatorium? — 3) Kol. prof. Majewski odpowiada na zarzuty i pytania i obstaje przy wnioskach, wyciągniętych ze swojej obserwacji.

V. Na członków przyjęto kol. Otęskiego Leonarda z Gorlic i kol. Drobnerównę Czesławę z Krakowa.

XXXIII. Posiedzenie (Walne Zebranie) z dnia 10. listopada 1920.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz;

obecnych 80 członków. Prezes stwierdza komplet, potrzebny do podjęcia uchwał na Walnem Zgromadzeniu.

I. Kol. prof. Ciechanowski referuje sprawę połączenia wszystkich czasopism w Polsce i przedstawia Walnemu Zebraniu wniosek, uchwalony na posiedzeniu Zarządu: »Towarzystwo lek. krakowskie uważa — wobec niezmiernych trudności wydawniczych — za rzecz bardzo pożądaną złączenie wszystkich czasopism polskich dla lekarzy praktyków (cywilnych i wojskowych) w jedno pismo, wydawane w jednem z miast uniwersyteckich, a mające być redagowane przez subkomitety (redakcyjne) lokalne, wybierane przez Towarzystwa lekarskie«. — Kol. Ackermann przedstawia opłakany stan finansów Towarzystwa, apeluje do kolegów, aby nie zaniedbywali opłaty wkładek. Towarzystwo posiada na papierze 300 członków, od których trzeba opłacać wkładkę do Towarzystwa Małopolskiego, a wkładkę płaci tylko 150. W końcu przedstawia Walnemu Zebraniu do zatwierdzenia wniosek, uchwalony przez Zarząd Towarzystwa, aby wkładkę roczną podniesiono w granicach do 600 Mk rocznie. — Wniosek prof. Ciechanowskiego i kol. Ackermanna przyjęto bez dyskusji.

II. Kol. Janiszewski wygłasza referat: **W sprawie obecnej epidemji płonicy**. — W dyskusji zabiera głos: 1) kol. Blassberg: Wywody kol. Janiszewskiego należy podać do dzienników; szpital żydowski należy otworzyć dla ludności żydowskiej; epidemja szczególnie grasuje na Kazimierzu, a żydzi chętniejby się zgłaszali do swojego szpitala. — 2) Kol. Eisenberg zdaje sprawę o stanie epidemji cholery. — 3) Kol. Bujwid zapytuje, czy nie drogą wiślaną rozszerza się epidemja i czy obserwowano wpływ szczepionki na przebieg choroby. Radzi zastosować jednowartościową szczepionkę, a nie »tetra«. — 4) Kol. Janiszewski, Eisenberg, Masny, Grudzewski i Kowalski udzielają wyjaśnień i odpowiadają na żądane pytania.

XXXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 17. listopada 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 93 członków.

I. Kol. Kostecki przedstawia proparat **raka tylnej ściany pochwy**, który wyłuszczył razem z macicą. Następnie omawia przyczynę złych wyników.

II. Kol. Szymanowicz referuje o podobnym, lecz znacznie dalej posuniętym przypadku **okrężnego raka pochwy**, który usunął skombinowaną metodą, częścią dołem, odpreparowawszy pochwę na tępo, częścią drogą laparotomijną. Równocześnie przedstawia chorą, u której **rak pochwy** zajął cały prawie narząd, przeszedł na część pochwową i kiszkę stolcową, tworząc dość duży naciek po stronie śluzówki. Tylko doszczętny zabieg sposobem Kraskego mógłby być w tym przypadku zastosowany.

III. Kol. Wojciechowski omawia i przedstawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej** prawej czteromiesięcznej, rozwijającej się po pęknięciu jajowodu, międzyblaszkowo. Zwraca uwagę na techniczne trudności operacyjne tego przypadku.

IV. Kol. Rosenhauch przedstawia makroskopowe i mikroskopowe preparaty **mięsaka barwikowego** gałki ocznej chorego, którego przedstawił na jednem z poprzednich posiedzeń. (Preparaty wykonał kol. Oibrycht).

V. Kol. Eisenberg referuje **stan epidemji cholery** w okolicy Krakowa i Zakopanego. Według Eisenberga epidemja została opanowana. Wisła nie zawiera bakteryj cholery. — Kol.

Szymanowski przedstawia genezę obecnej epidemji cholery w Polsce i stan jej w Warszawie.

VI. Kol. Eisenberg wygłasza referat: **O biologicznem znaczeniu różniczkowania gramowego.** (Część I).

W dyskusji zabiera głos kol. Blassberg i referent.

VII. Na członka przyjęto kol. Fuchsa.

XXXV. Posiedzenie naukowe i wyborcze z d. 2. grudnia 1920.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; członków obecnych 84.

I. Kol. prof. Ciechanowski, jako przewodniczący komisji wyborczej przedstawia jej wniosek, aby na rok 1921 wybrać cały obecny Zarząd ponownie. Wniosek przyjęto przez aklamację.

II. Kol. prof. Kostanecki wygłosił odczyt: **Anatomiczno-porównawcze studja nad ślepą kiszką.**

W dyskusji kol. prof. Ciechanowski podnosi ogromne znaczenie badań Kostaneckiego nad sprawą rozwojową ślepej kiszki i zaznacza, że dzięki im sporne zagadnienia w tej dziedzinie zostały wyświetlone.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 12. stycznia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. **Sprawozdanie ustępującego Zarządu,** przedstawione przez stałego sekretarza kol. Zubrzyckiego, przez skarbnika Ackermanna, podskarbiego komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« kol. Wojciechowskiego, bibljotekarza kol. Blassberga i gospodarza domu kol. Seńkowskiego, przyjęto.

Sprawozdanie sekretarza stałego kol. Zubrzyckiego: Posiedzeń naukowych odbyło się w r. 1920 37. Średnia liczba uczestników wynosiła 100. Na posiedzeniach tych wygłoszono 37 odczytów. Przedstawiało przypadki z różnych działów medycyny kolegów 80. Przemawiało w dyskusji kolegów 120. Z 37 odczytów było: z zakresu historji medycyny 3, fizjologji 1, chemji 1, anatomji 1, radjologji 2, balneologji 2, hygieny, bakterjologji i epidemjologji 8, chorób wewnętrznych 5, skórnych i wenerycznych 2, dzieci 2, chorób kobiecych i położnictwa 2, okulistyki 3, neurologji i psychiatrji 4, spraw zawodowych lekarskich 1.

Z przypadków przedstawionych przypada na chirurgję 11, choroby kobiece i położnictwo 20, neurologję i psychjatrję 36, okulistykę 4, choroby skórne i weneryczne 3, anatomję patologiczną 4, anatomję opisową 1, choroby wewnętrzne 1.

Zabierali głos w Towarzystwie lekarskiem, bądźto wygłaszając odczyty, bądź też przemawiając w dyskusji nietylko członkowie, ale także i liczni goście, jako to: Dr Mikołajski, hr. Jan Potocki, Dr Kmietowicz, Dr Wróblewski, Dr Sterling, Dr Kuczewski, Dr Wiczkowski. W posiedzeniu w d. 26. V. 1920 uczestniczyli przedstawiciele Amerykańskiego Czerwonego Krzyża.

Towarzystwo zainicjowało 2 zjazdy, które odbyły się w murach Towarzystwa pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa. Pierwszy z nich rozpatrywał sprawy zdrojowisk i uzdrowisk na ziemiach polskich, drugi zajął się sprawą zwalczania szerzącej się skutkiem stosunków wojennych gruźlicy. Na pierwszym wygłoszono dwa odczyty (Dr Mikołajski i Dr Jasiński). W zjeździe tym brało udział 78 członków, a przemawiało w dyskusji 15. Na zjeździe tym uchwalono cały szereg wniosków, które przesłano do odpowiednich władz, a w szczególności do Min. zdrowia publicznego, a na które otrzymało Towarzystwo zadowalniające odpowiedzi. Na zjeździe w sprawie gruźlicy wygłoszono 6 odczytów (Dr Kuczewski, Sterling [dwa], Wiczkowski, Mikołajski, Jan Landau), brało udział 120 kolegów, a przemawiało w dyskusji 17.

Na jednem z pierwszych posiedzeń poruszono sprawę walki z durem plamistym, a po wygłoszeniu odczytu przez Dr Mikołajskiego uchwalono rezolucję, wzywającą rząd do natychmiastowej pomocy materjalnej w walce z chorobami zakaźnemi a przedewszystkiem z durem plamistym.

Na posiedzeniu w d. 18. II. 1920 uchwalono wnieść do Ministerstwa oświaty przedstawienie w sprawie organizacji »Najwyższej Rady wychowania«, do której wyznaczono na 72 członków tylko jednego przedstawiciela wychowania fizycznego. Na temże posiedzeniu zawiązał się Komitet francusko-polski, mający na celu zbliżenie francusko-polskie na polu naukowem.

Trudności wydawnicze z powodu stosunków, wywołanych wojną, spowodowały, że trzy czasopisma lekarskie polskie, a mianowicie »Przegląd lekarski«, »Lwowski Tygodnik lekarski« i »Gazeta lekarska« połączyły się umową, mocą której każdy z członków Towarzystwa otrzymywał trzy wspomniane czasopisma. Równocześnie uchwalono na Walnem Zgromadzeniu d. 10. XI 1920 podnieść wkładkę roczną w granicach do wysokości 600 Mkp.

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem co miesiąc zebrania towarzyskie, na których bądź to członkowie Towarzystwa, bądź zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 10, treść zaś odczytów i prelegenci następujący: 1) O myśleniu prawniczo-przyrodniczem, prof. Leopold Jaworski. 2) Kobieta jako lekarz, prof. Aleks. Rosner, 3) O filozofji jako lekarce dusz, prof. Rubczyński. 4) O podstawach etyki, prof. Śleszyński. 5) O niepoczytalności, prof. Reinhold. 6) O błękicie niebios i niektórych innych zagadnieniach przyrody, prof. Natanson. 7) Lekarze jako przyrodnicy, prof. Rostafiński. 8) Znaczenie Wilna i Gdańska jako placówek kultury polskiej, prof. Mich. Siedlecki. 9) Księgozbiory lekarskie Krakowa, Dr Lachs. 10) Toruń, Dr Tadeusz Kruszyński. Pokazy wojennych obrazów, Dr Skórczewski. Tym prelegentom wyraża Towarzystwo serdeczne podziękowanie za łaskawe wzięcie udziału w życiu Towarzystwa.

W chwili najazdu bolszewickiego odbyło się w murach Towarzystwa zebranie wszystkich lekarzy krakowskich, zwołane przez prezesa Towarzystwa i prezydenta Izby lekarskiej. Na tem zebraniu uchwalono jednomyślnie oddać się na usługi Państwa. Wybrana wtedy koleżeńska komisja urzędowała potem w Towarzystwie, klasyfikując zgłaszających się do wojska lekarzy ochotników.

Ruch członków: Przyjęto nowych członków 132, z czego wielką ilość pozyskało Towarzystwo z pośród lekarzy wojskowych. Wystąpiło oraz wykreślono członków 35. Zmarło członków 6. Obecnie liczy Towarzystwo 290 członków.

W r. 1920 odnowiono znacznym kosztem dom Towarzystwa, przemalowując między innemi salę posiedzeń i sąsiadujące z nią pokoje według pierwotnego projektu Wyspiańskiego, przez co charakter sali i jej wartość artystyczna i pamiątkowa w zupełności zachowane zostały

Sprawozdanie bibljotekarza kol. Blassberga za rok 1920 opiewało, jak następuje: Uzyskawszy dzięki uprzejmości Prezydjum Izby lekarskiej miejsce w lokalu Izby dla częściowego umieszczenia bibljoteki, sprawiono półki w nowym lokalu, przeniesiono część bibljoteki i przerwaną inwentaryzację podjęto na nowo. W ciągu roku 1920 zainwentaryzowano jako wpływy 1564 dzieł oraz 36 wydawnictw perjodycznych, tak, że w dniu 31. grudnia 1920 było w Bibljotece zainwentaryzowanych i skatalogowanych razem 12.170 dzieł i 693 wydawnictw perjodycznych. W ciągu tego roku wypożyczono z Bibljoteki książek lub pism 64, zwrócono 36, pozostaje zaległych 28. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło jeszcze 110 książek lub czasopism wypożyczonych. Liczba członków korzystających z bibljoteki wynosiła 26. Jak corocznie, tak i w r. 1920 prof. Dr Ciechanowski, otaczający Bibjotekę specjalną opieką, ofiarował liczne dzieła i czasopisma. Oprócz tego wpłynęły znaczniejsze dary w książkach od Dra Hufnagla z Paryża, od Drów Surzyckiego i Weinsberga oraz p. Jednoraka z Krakowa. W kasie podręcznej bibljotecznej pozostałość kasowa z roku 1919 wynosiła 295·82. W ciągu roku 1920 uzyskano ze sprzedaży dubletów bibljotecznych 146·18 marek, tak, że pozostałość na rok 1921 wynosi 442 marki.

Kol. Gieszczykiewicz zdaje sprawę z czynności Komitetu francusko-polskiego.

Na wniosek prezesa wybrano Komitet w tym samym składzie.

II. Kol. Bujwid przedstawia smutny stan wodociągów miejskich, a jeszcze gorszą prognozę co do normalnego ich funkcjonowania na przyszłość i wnosi, aby Towarzystwo lekarskie zwróciło się do Prezydjum miasta z zapytaniem, jak długo stan obecny trwać będzie i co miasto myśli przedsięwziąść, aby uwolnić mieszkańców od braku wody. — Wniosek ten uchwalono, polecając Prezydjum wysłanie pisma do Prezydjum miasta.

III. Kol. prof. Szumowski wygłasza odczyt p. t. **Historja i filozofja medycyny jako przedmiot uniwersytecki.**

W dyskusji zabiera głos 1) prof. Dr Rosner, który nie zgadza się z zapatrywaniem prelegenta, jakoby materjalistyczne pojmowanie medycyny robiło z lekarza materjalistę, gdyż przeciwnie najwięcej ze sfer inteligencji spotyka się idealistów między lekarzami. Nie zgadza się także z wywodami prelegenta, jakoby studjum logiki koniecznie było potrzebne do dobrego myślenia.— 2) Prof. Heinrich inaczej zrozumiał wywody prelegenta co do tych dwóch zagadnień, poruszonych przez prof. Rosnera. Można

bowiem być materjalistą w poglądach filozoficznych, a idealistą w codziennem życiu, w takiem zrozumieniu przedstawił swe poglądy prof. Szumowski. — 3) Kol. Blassberg ostrzega przed zbytecznem przeciąganiem studjów uniwersyteckich dla jednego przedmiotu, jakim jest historja i filozofja medycyny i nie uważa za uzasadniony projektowanego rozdziału tytułu lekarza od doktora. — 4) Prelegent odpowiada na zarzuty.

Do wszystkich Kolegów!

Pomimo układu, zawartego pomiędzy trzema czasopismami lekarskiemi, nie mogą one dostatecznie wypełnić swego zadania z tego przedewszystkiem powodu, że przy teraźniejszej przedpłacie a olbrzymich kosztach druku objętość wszystkich trzech czasopism razem jest mniejsza od objętości każdego z nich przed wojną. Na to, aby pomieścić nietylko wszystkie napływające prace oryginalne, ale także odzwierciedlić należycie ruch naukowy w naszych wszystkich Towarzystwach lekarskich oraz zdać sprawę z najważniejszych przynajmniej publikacji i ruchu w Towarzystwach lekarskich zagranicznych, potrzebaby objętość naszych czasopism zwiększyć przynajmniej do tych granic, jakich dochodziła przed r. 1914.

Próba taka byłaby możebna, gdyby znalazła się dostateczna liczba kolegów, gotowych płacić rocznie po 1800 marek przedpłaty za wszystkie czasopisma. Wobec dzisiejszej dewaluacji pieniądza kwota ta jest stosunkowo niską, a już przy kilkuset odbiorcach możnaby podnieść nasze czasopiśmiennictwo na poziom, odpowiedniejszy do dzisiejszych potrzeb.

Prosimy więc wszystkich kolegów, którzyby byli gotowi opłacać 1800 m. przedpłaty rocznej, aby zawiadomili o tem Redakcję »Przeglądu lekarskiego« (Kraków 9, Płuczki 28) najdalej do końca lipca b. r. Z liczby zgłaszających się wyniknie, czy zamierzona próba może liczyć na powodzenie.

Wiadomości bieżące.

Z ruchu wydawniczego. Podręcznik nauki o chorobach zakaźnych, obejmujący około 100 arkuszy druku, wydaje Książnica Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Pierwszy zeszyt wyjdzie z końcem r. b. Komitet redakcyjny tworzą Dr Karwacki, S. Rudzki, prof. Michałowicz i S. Sterling-Okuniewski (redaktor główny). — Higiena szkolna, opracowana pod redakcją Dr St. Kopczyńskiego przez liczne grono współpracowników, wyjdzie wkrótce z druku nakładem M. Arcta w Warszawie, jako podręcznik tak dla lekarzy szkolnych, jak i dla kierowników szkół i dla nauczycieli.

Z ruchu zawodowego. Towarzystwo stomatologów polskich, organizując Koło stomatologów zachodniej Małopolski, uprasza wszystkich kolegów, praktykujących w zakresie dentystyki, o zgłoszenie się pocztówką pod adresem Towarzystwa (Kraków, Garncarska 19, Instytut stomat. U. J.).

Towarzystwo higieniczno-oświatowe imienia prof Emila Godlewskiego jun. zawiązało się w Grodnie celem szerzenia wśród ludu oświaty hygienicznej i poprawy warunków zdrowotnych. Ofiary na rzecz Towarzystwa składać można na konto P. K. O. 80.016. Przyjmuje je także Administracja »Przeglądu lek.« (Dunajewskiego 2, Kraków). Adres Towarzystwa: Grodno, Magistrat.

Na polu walki z gruźlicą zapisać należy fakt przejścia wojskowego Sanatorjum w Zakopanem pod zarząd Czerwonego Krzyża. Szczegóły podał ostatni zeszyt »Tygodnika lek. lw.« — Do Zakopańskiej Poradni przeciwgruźliczej zgłosiło się w ostatniem półroczu 383 chorych (w tem 253 dzieci), a wogóle w opiece Poradni było 467 (od założenia Poradni zgłosiło się 1019). Opiekunka Poradni odwiedziła 304 mieszkań chorych. Rozdano 70 kg. tranu, 185 kg. oliwy, 1016 puszek mleka zgęszcz., 24 kg. mydła. — Lekarz gminny w Zakopanem, Dr T. Gabryszewski, ostrzega przed przysyłaniem do Zakopanego ciężko chorych na gruźlicę niezamożnych, gdyż w Zakopanem niema żadnych sanatorjów ludowych, gdzieby ich przyjmowano, a kilkodniowa podróż tam i z powrotem tylko stan ich pogarsza.

Ankieta w sprawie okresu zaraźliwości płonicy. Polskie Towarzystwo pedjatryczne w Warszawie uprasza wszystkich lekarzy szpitali dziecięcych i zakaźnych o nadesłanie do sekretarza Towarzystwa, Dr M. Gromskiego, (Marszałkowska 53, m. 5 w Warszawie), odpowiedzi na następujące pytania: 1) Jak długo trzyma się w szpitalu chorego na płonicę? 2) Czy możnaby ten okres skrócić i o wiele? 3) Czem kieruje się przy zwalnianiu ze szpitala? (stan skóry, języka, gardła, uszu, moczu i t. p.). 4) W jakim średnim czasie, licząc od początku choroby, może być dziecko dopuszczone do szkoły? 5) Czy łuszczenie, jako jedyny objaw, może być przeszkodą do uczęszczania do szkoły i czy wogóle uważać je można za zaraźliwe?

Kursa sanitarne, urządzane przez instytucje i zakłady prywatne i publiczne nie państwowe, muszą być najmniej na 2 tygodnie naprzód zgłaszane do powiatowych Urzędów zdrowia. (Rozporz. Min. zdrowia z d. 8. II. 1921).

Zmarli: Dr Franciszek Żukotyński, em. st. lekarz powiatowy w Ropczycach w 63 r. ż.; Dr Maurycy Maurer, lekarz miejski w Żołyni w 59 r. ż., jako ofiara zawodu (z duru plamistego).

Bibljografja.

Nowiny lekarskie Nr 1—6: Kowalski: Nowe drogi w położnictwie i ginekologji. — Semerau: W sprawie bakterjologji, patogenezy i kliniki czerwonki. — Jezierski i Wierzbicki: Leczenie dysenterji antygenami. — Browicz: Kilka słów w sprawie pojęcia konstytucji organizmu. — Franke: Nowe drogi w medycynie wewnętrznej. — Szarf· Tak zwana »psychopatja« względnie »degeneracja psychiczna« wrodzona. — Brodzki: O nerwicach sercowych. — Ambrożewicz: Racjonalny przytułek położniczy, jako najpewniejszy środek przeciwko śmierci położnicy i jej dziecięcia. — Alkiewicz: Krótki pogląd na obecny stan radjotechniki. — Mikulski: Przyczynek do psychologji ruchów masowych. — Marszałek: Czy tężec przyranny może wchodzić w grę przy różniczkowem rozpoznaniu appendicitis? — Bross: Przypadek tężca po uderzeniu kamieniem.

Lekarz wojskowy Nr 10—22: Schusterówna: Przyczynek do anatomji patologicznej t. zw. choroby Recklinghausena. — Merunowicz: Leczenie duru plamistego płynem fizjologicznym.—

Sterling-Okuniewski: Z epidemjologji grypy hiszpańskiej. — Filiński: W sprawie zachowania się białych ciałek krwi w gruźlicy płucnej. — Korzon: W sprawie zimnicy. — Kożuchowski: O chorobach sztucznych u poborowych. — Białokur: Jeszcze kilka słów w sprawie leczenia czerwonki. — Flatau: Objaw karkowo midrjatyczny. — Cywiński: »San. 6« w praktyce lekarzy oddziałowych. — Karnicki: Leczenie rzeżączki spojówki śródmięśniowemi wstrzykiwaniami mleka. — Grzywo-Dąbrowski: Przeszczepienie narządów płciowych oraz próby leczenia operacyjnego niektórych objawów starości. — Dembowski: Obecny stan szkolenia inwalidów w Polsce. — Chełmicki: Przyczynek do choroby Thomsena. — Wojnicz: O działalności komisji wojskowo-lekarskich. — Braul: Zaimprowizowana cieplarka. — Ostrowski: Pojęcie obowiązków naczelnego lekarza pułku. — Peszyński: Z kazuistyki ropnego wysiękowego zapalenia osierdzia. — Gauthier: Mowa na Akademji napoleońskiej. — Zembrzuski: Służba zdrowia w wojsku polskiem w epoce napoleońskiej. — Składkowski: Napoleon i medycyna. — Osmólski: Napoleon wśród zadżumionych. — Lewenstern: W sprawie ostatecznej przyczyny zgonu Napoleona. — Osmólski: Organy ducha dziejów. — Zylberlast-Zandowa: O zespole padaczkowo-myoklonicznym i o próbach jego leczenia. — Sterling-Okuniewski: Spostrzeżenia z epidemjologji czerwonki. — Rubinrot: Gruźlica chirurgiczna i jej leczenie. — Waserman: Przypadek wykluczenia jelita cienkiego i grubego. — Szulc: Zimnica a wojna. — Henoch: Kilka uwag w sprawie zimnicy.

Pedjatrja polska T. I. Zesz. 2.: Jonscher: Z kliniki duru brzusznego u dzieci. — Cieszyński: Metody laboratoryjne, ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci. — Mulierówna: Leczenie gruźlicy dzieci światłem lampy kwarcowej.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych 1919—1920, Nr 3 i 4: Krzyształowicz: Przypadek ziarniniaka grzybiastego. — Roszkowski: Przypadek łuszczycy nietypowej.

Przegląd epidemjologiczny Tom I. Z. 4. Weigl: Dalsze badania nad Rickettsią. — Hirszfeld: Badania nad istotą dopełniacza. — Maleciński: Cholera w Warszawie w r. 1920. — Adamowiczowa: Przebieg epidemji szkarlatyny w r. 1920. — Anigstein: Współczesny stan badań nad etjologją duru plamistego. — Adamowiczowa: O przebiegu encephalitis lethargica w okresie pandemji influenzy. — Einfeld: Zestawienie niektórych chorób zakaźnych w Polsce.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego Nr 3. z d. 1. maja 1921 zawiera bardzo liczne rozporządzenia, z których bliżej obchodzą lekarzy przepisy o piekarniach i wypieku chleba, o rejestracji sanitarjuszy, o powiatowych komisjach opieki nad dziećmi, o organizacji inspekcji mieszkaniowych, o walce z jaglicą i zimnicą, o korzystaniu chorych cywilnych z przychodni i szpitali (wenerycznych) wojskowych. Biuletyn ten zawiera statystykę chorób zakaźnych za styczeń 1921 i dalszy ciąg sprawozdania z czynności Ministerstwa w r. 1918.

Kronika dentystyczna Nr 1—3. Gogolewski: Wpływ chorób zębów, jamy ustnej i szczęk na zdolność służbową żołnierza. — Chmieleński: Stan uzębienia wychowańców korpusu kadetów w Modlinie. — Zawidzki: Cytoperka. — Śmietański: W sprawie zdejmowania wycisków. — Dobryszycki: Przypadek wpadnięcia miazgociągu do krtani.

Zagadnienia rasy Nr 10.: Antecki: W sprawie opieki nad ciężarnemi i rodzącemi. — Wiśniewski: Wpływ wojny obecnej na stan zdrowia ludu wiejskiego — Kramsztyk: Drogi i widoki walki z ograniczeniem potomstwa.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 8. Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 17·—, w nadesłanem Mkp. 19·—, w tekscie Mkp. 21·—. — Załącznik za 1 raz 500, za 3 razy 1.200 Mkp.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Odczyn Sachsa i Georgiego w przebiegu kiły.

Podał

Doc. Dr Franciszek Walter.

(Według odczytu w krak. Kole Polsk. Tow. dermat. w d. 16. czerwca 1921).

Od chwili pojawienia się odczynu Wassermanna rozpoczęto szereg badań nad wynalezieniem odczynu, któryby mógł go w zupełności zastąpić, ale którego wykonanie byłoby łatwiejsze, a technika prostsza, dostępna każdej, nawet niewielkiej pracowni.

Ponawiające się ciągle badania wykazały niezbicie, że w surowicach kiłowych muszą zachodzić zmiany, dające się wykazać odczynami biologicznemi. Starano się więc całym szeregiem sposobów chemicznych, biochemicznych, koloidochemicznych ujawnić te właściwości surowic. Badania te wraz z myślą, by stworzyć odczyn prostszy, dały początek całemu szeregowi prób dla wykazania obecności kiły w ustroju badanym. Głównie starano się wykazać obecność tych zmian odczynem strącania (precypitacji) w postaci kłaczków. I tak powstawały: próba Klausnera z wodą przekroploną, Brucka z kwasem azotowym, Porgesa i Meiera ze sztucznym wywoływaczem lecytyną, Sachsa i Altmanna z oleinianem sodu, Porgesa z solami żółciowemi, Eliasa, Neubauera, Porgesa i Salomona z glykocholanem sodu, Hermana i Perutza z glykocholanem sodu i cholesteryną, Ellermanna, Teruchiego, Toyady; dalej próby optyczne Jakobstalla, Brucka i Hechta i wielu innych.

Wszystkie te próby przeważnie miały za punkt wyjścia wyniki badań nad ciałami białkowatemi, względnie globulinami w surowicach kiłowych, które to jednak badania nie doprowadziły do zadowalniających wyników. Również przypuszczenia zmian fizycznych w globulinach surowic kiłowych nie potwierdziły się, zwłaszcza gdy Gloor i Klinger wykazali, że odczyny te nie zależą wyłącznie od globulin, bo mimo usunięcia ich można jeszcze otrzymać wyniki dodatnie.

W ostatnich trzech latach powstały dwa nowe odczyny, których technika jest stosunkowo bardzo prosta, a których wyniki są bardzo korzystne i zbliżone do wyników odczynu Wassermanna. Są to sposoby wywoływania strątów kłaczkowatych w surowicach kiłowych, jeden podany przez Sachsa i Georgiego, drugi przez Meinickego; ten sposób Meinickego w tak zwanej trzeciej odmianie, gdyż pierwsze podane sposoby były bardzo żmudne. Oba odczyny posługują się wyciągami prawidłowych narządów. Sachs i Georgi używają wyskokowego wyciągu z serca wołu z dodatkiem cholesteryny, Meinicke natomiast posługuje się wyciągiem z serca konia. Sachs i Rondoni wykazali bowiem, że przy używaniu zastępczych wywoływaczy można otrzymać lepsze wyniki przez użycie mieszaniny różnych lipoidów n. p. lecytyny i mydeł, niż posługując się jednym tylko lipoidem.

Odczyn Sachsa i Georgiego jest w zasadzie bardzo prosty. 1 cm³ surowicy (ogrzanej do 56° C. przez pół godziny), rozcieńczonej w stosunku 1:10 rozczynem 0·85% soli, miesza się z 0·5 cm³ wyskokowego wyciągu z serca wołu z dodatkiem cholesteryny, rozcieńczonego rozczynem fizjologicznym soli kuchennej w stosunku 1:6, poczem wstawia się do cieplarki i odczytuje wynik po 24 godzinach, względnie po 48 godzinach (ostatnia odmiana odczynu).

Tak się przedstawia ogólny zarys postępowania przy wykonywaniu odczynu Sachsa i Georgiego. Wykonując ten odczyn — równorzędnie z odczynem Wassermanna, — wprowadziłem pewne zmiany w postępowaniu.

Jako środka do rozcieńczania surowic i wyciągów wyskokowych używałem 0·85% rozczynu soli kuchennej, podanego przez Sachsa. Rozczynów 1·5% soli kuchennej używanych w ostatnim czasie przez Winklera na zasadzie porozumienia osobistego z Sachsem, zacząłem używać dopiero w ostatnich tygodniach, tak że nie mam jeszcze wyrobionego zdania o tej ostatniej odmianie. Winkler otrzymywać miał większy odsetek dodatnich odczynów, niż przy posługiwaniu się 0·85% rozczynem soli, ale jednak nieco więcej zjawisk samostrącania surowic (skłaczkowacenia), bo 5·33% przeciw 4·48%.

Najtrudniejsze w wykonywaniu odczynu Sachsa i Georgiego jest przygotowanie dobrego i czułego wyciągu z narządów prawidłowych. Sachs posługiwał się mięśniem sercowym wołu, który w stanie surowym w ilości 100 cgr. wyciągał 200 gramami alkoholu absolutnego, poczem dodawał 13·5% cm³ 1% rozczynu alkoholowego cholesteryny. Felke i Welze polecają dodawać jeszcze glykocholan sodu. Jako wywoływacza używałem wyciągów z serca wołu, sporządzanych jednak w odmienny nieco sposób. Prócz wyciągów, sporządzonych zgodnie z przepisem Sachsa, rozcierałem również mięśnie sercowe wołu w moździerzu, poczem wysuszałem na proszek, 1 gr. suchej sproszkowanej substancji zalewałem 5 cm³ 96% alkoholu, poczem na łaźni wodnej sporządzałem wyciąg przez pół godziny. Wyciąg ten następnie poddawałem wstrząsaniu przez 10—16 godzin i pozostawiałem w zaciemnionem miejscu przez okres trzech dni. Po następowem odsączeniu wyciągu alkoholowego dodawałem do odmierzonych ilości wyciągu różne ilości 1% rozczynu alkoholowego cholesteryny, przyczem starałem się, wykonując odczyn przy pomocy pewnych surowic kiłowych, znaleść optimum potrzebnej ilości cholesteryny. Odsetek ten wynosi mniej więcej 0·15 cm 1% rozczynu alkoholowego cholesteryny na 1 cm³ wyciągu alkoholowego z serca wołu. Cholesterynę zwykłem był dodawać do odmierzonej ilości wyciągu dopiero pół godziny przed wykonaniem odczynu. Przy wykonywaniu odczynu posługiwałem się dwoma lub trzema różnemi wyciągami; Sachs i Georgi polecają użycie kilku wyciągów odmiennych.

Sporządzenie odpowiedniego wyciągu napotyka na znaczne trudności. Niejednokrotnie zdarza się, że kilka badanych wyciągów nie nadaje się wcale do odczynu. Na 8 zbadanych przezemnie wyciągów (siedem z serca wołu, a jeden z serca świnki morskiej), zdatnemi do użytku okazały się zaledwie trzy. Dobroć wyciągu zależy również od sposobu rozcieńczania go. Sachs rozcieńcza wyciąg, dolewając naprzód taką samą ilość rozczynu soli, poczem, lekko przechylając naczynie, miesza jego zawartość, następnie dodaje szybko dalszą czterokrotną ilość rozczynu soli. Czułość wyciągu zależy nietylko od ilości lipoidów w wyciągu, ale i od kolloidalnego ich rozdzielenia. Szybkie dodawanie rozczynu soli daje płyn mniej mętny i słabiej działający, niż dodawanie powolne i mieszanie. Dlatego przy rozcieńczaniu wyciągu dodawałem potrzebną ilość rozczynu soli bardzo powoli i kroplami, mieszając oba płyny przez przechylanie naczynia szklanego. Przyrządzałem też rozczyn wyciągu w inny sposób, dodając naprzód szybko połowę odmierzonego, potrzebnego do rozcieńczenia rozczynu soli, a drugą połowę powoli i kroplami —, jednak pierwszy sposób rozcieńczania wydaje mi się korzystniejszym, skłaczkowacenie bowiem występowało wybitniej.

Surowicę badaną rozcieńczałem 0·85% rozczynem soli w stosunku 1:10, używając do wykonywania odczynu 1 cm³ (0·1 surowicy + 0·9 rozczynu soli). Surowic używałem czynnych i nieczynnych (ogrzanych przez pół godziny w ciepłocie 56° C.). Sachs i Georgi polecają wykonywać odczyn tylko z surowicami ogrzanemi, ponieważ surowice czynne dawać mają słabsze wyniki i większy odsetek wyników nieswoistych. Jednakże przekonałem się, że surowice czynne dają zupełnie dobre wyniki, a nawet skłaczkowacenie jest wybitniejsze, i to nieraz w surowicach, gdzie ogrzana surowica wykazywała wynik niepewny albo nawet ujemny. Większej ilości wyników nieswoistych, niż przy oryginalnej metodzie, nie zauważyłem.

Zwiększenie ilości surowic, używanych do badania, podwójne a nawet potrójne, daje lepsze wyniki, bo więcej dodatnich i wybitniej dodatnich odczynów. Używając do odczynu 0·2—0·3 cm³ surowicy, otrzymywałem wybitniejsze wyniki, niż przy posługiwaniu się 0·1 cm³ surowicy. Jednakże zauważyłem przy użyciu tych większych ilości surowic większą skłonność do nieswoistych strątów.

Przeznaczone do odczynu surowice muszą być przeźroczyste; szkodliwa jest domieszka krwi, jakoteż niezdatne są do użytku surowice silnie opalizujące.

Szereg autorów spostrzegał samorodne skłaczkowacenie w kontroli surowicy aż do 3·2%. Zjawiska tego przy wykonywaniu odczynu nie zauważyłem ani razu. Meinicke, nie spotykając prawie nigdy samorodnego skłaczkowacenia surowic, uważa ustawianie kontroli surowicy badanej za zbyteczne (potwierdzają to również Könitzer i Münster).

Prócz kontroli surowicy, którą przygotowuje się w ten sposób, że do 1 cm³ rozcieńczonej surowicy (1:10), dodaje się 0·5 cm³ alkoholu absolutnego rozcieńczonego rozczynem soli 0·85% w stosunku 1:6 (1 cm³ alkoholu + 5 cm³ rozczynu soli), poleca Sachs użycie pewnych surowic kiłowych i prawidłowych; również należy ustawić kontrolę wyciągu rozcieńczonego, w ilości 0·5 cm³ + 1 cm³ rozczynu soli.

Po dokładnem zakłóceniu surowic i kontrol, wstawia się probówki do cieplarki — gdzie pozostają w ciepłocie 37° do dnia następnego (24 godz.). Mniejszą część, bo 375 przypadków badanych wykonałem według pierwotnego sposobu autorów, t. j. pozostawiałem probówki z surowicami badanemi przez 2 godziny w ciepłocie 37°, a 20 godz. w ciepłocie pokojowej. Zgodnie ze spostrzeżeniami autorów zauważyłem, że pozostawienie surowic w cieplarce przez 24 godzin, a nawet 48 godzin daje lepsze wyniki i więcej dodatnich odczynów. Obaw zwiększenia się wyników nieswoistych nie mogę potwierdzić; wyniki nieswoiste pokrywają się raczej z używaniem większej ilości surowic. Potwierdza to w ostatnich czasach Evening,

który otrzymywał więcej wyników zgodnych przy użyciu tego drugiego sposobu, a mniej niezgodnych (18·18% a 9·5%).

Wpływ ciepłoty na przebieg odczynu, badany przez Poehlmanna, okazał się tylko w pewnych granicach korzystnym; tylko bowiem przy użyciu pewnej określonej ciepłoty nastąpić może zjawisko skłaczkowacenia, przyczem znaczenie ma również i czas, przez który poddaje się badane surowice działaniu ciepłoty.

Probówki z surowicami, wyjęte z cieplarki po 24 godzinach, badałem przy pomocy lupy. Skłaczkowacenie nieraz jest tak znaczne, że można je doskonale widzieć gołem okiem, niekiedy jednak jest zbyt drobne tak, że trzeba użyć szkła powiększającego. Jeżeli płyn był przeźroczysty lub lekko opalizujący, to uważałem to za wynik ujemny. Niejednokrotnie zdarzały się dnie, w których wyniki dodatnie wykonanego odczynu przedstawiały się w postaci strątów bardzo delikatnych, pyłeczkowatych, dlatego też określanie wyników odczynu Sachsa i Georgiego jest o wiele trudniejsze, niż odczynu Wassermanna, gdzie odcienie w postępie hemolizy można łatwo oznaczyć. Wielu autorów posługuje się specjalnym przyrządem do określania wyników, aglutynoskopem. Kafka sporządził nawet osobny jego model. Aby szybciej określić wyniki, radzą Mayer i Gaethgens odwirować probówki przez okres 20 minut.

Podano już kilka odmian odczynu Sachsa i Georgiego, jak n. p. mikroreakcja Scheera, posługująca się bardzo małemi ilościami badanych odczynników, sposób Lippa (odmierzanie kroplami), sposób Keininga, odczyn Sachsa i Georgiego złożony z odczynem Wassermanna. Po określeniu wyniku odczynu Sachsa i Georgiego dodaje się odczynnik potrzebny dla wykonania odczynu Wassermanna, a potem postępując, jak zwyczajnie przy odczynie Wassermanna, określa się wynik hemolizy.

W celu porównania z odczynem Wassermanna wykonywałem równorzędnie obydwa te odczyny. Wykonując odczyn Wassermanna posługiwałem się częściowo modyfikacją Kauppa, a jako wywoływacza używałem wyciągów alkoholowych przeważnie z wątrób płodów kiłowych; używałem również i wyciągów z narządów prawidłowych, z serca wołu i serca ludzkiego. Aby łatwiej porównać wyniki dodatnich odczynów Sachsa i Georgiego z wynikami odczynu Wassermanna dla przedstawienia graficznego, przyjąłem tylko kilka znaków, a to jak następuje. 0 = wynik ujemny t. j. zupełna hemoliza i brak wszelkich śladów strątów, ± wynik niepewny — ślad zahamowania hemolizy i drobny pyłek kłaczków, + wynik słabo dodatni, + +, + + +, wyniki dodatnie i wybitnie dodatnie.

W ten sposób wykonałem oba odczyny w 940 przypadkach. Wyników zgodnych t. j. dodatnich (wliczam w to słabo dodatnie i dodatnie wyniki) i ujemnych miałem 837 (zgodnie dodatnich 332, zgodnie ujemnych 505) czyli 89·04%, niezgodnych, w których odczyn Sachsa, Georgiego był dodatni, a Wassermanna ujemny lub odwrotnie, miałem 103 czyli 10·06%. Według wyników przedstawiają się dane następująco:

TABLICA I.

Odczyn Sachsa i Georgiego	Odczyn Wassermanna: 0	±	+	++	+++	
0	505	4	2	4	.16	531
±	3	0	3	4	0	10
+	7	1	0	12	17	37
++	41	3	0	9	33	86
+++	26	2	3	0	255	286
						940

Liczby podane przez innych autorów wahają się od 85·2% do 96·47% wyników zgodnych*).

W wynikach moich odczynów były pewne odcienie w nasileniu czy odczynu Wassermanna, czy to Sachsa i Georgiego, a mianowicie:

TABLICA II.

OW	±	a	OSG	+	przypadków	1
	±	»	»	+++	»	2
	+	»	SG	±	»	3
	++	»	»	±	»	4
	+	»	OSG	+++	»	3
	++	»	»	+	»	12
	+++	»	»	+	»	17
	+++	»	»	++	»	33

Według rozpoznania róznice w nasileniu odnosiły się do przypadków kiły utajonej i leczonej, do przypadków zmiany pierwotnej i w znacznej części do przypadków zmian drugorzędnych.

Większa część tych różnic w nasileniu wyniku odnosi się do czasu, w którym jeszcze posługiwałem się pierwszym sposobem.

Przystępując do omówienia wyników niezgodnych obu odczynów, muszę zaznaczyć, że istnieją pewne surowice kiłowe, które w ogólności nie dają zjawiska skłaczkowacenia albo też dają je z trudnością i to bardzo powoli.

TABLICA III.

odczyn Sachsa i Georgiego	odczyn Wassermanna ujemny
±	3
+	7
++	41
+++	26
Razem	77

TABLICA IV.

odczyn Wassermanna	odczyn Sachsa i Georgiego ujemny
±	4
+	2
++	4
+++	16
Razem	26

Rozpatrując bliżej dane statystyczne, zwłaszcza grupę wyników odczynu Sachsa i Georgiego dodatnich a odczynu Wassermanna ujemnych, w przeważnej części można zauważyć przypadki kiły leczonej lub utajonej. I tak przy odczynie Wassersermanna ujemnym wypadł odczyn Sachsa i Georgiego wątpliwie w 2 przypadkach kiły utajonej i jednym choroby Dühringa (dermatitis herpetiformis), słabo dodatni w 4 przypadkach kiły utajonej, w 2 przypadkach kiły leczonej, w jednym przypadku zmiany drugorzędnej izolowanej (papula solitaria); dodatni w 27 przypadkach kiły utajonej, w 8 przypadkach kiły leczonej, w trzech przypadkach zmiany pierwotnej, w jednym przypadku tocznia pospolitego, w jednym przypadku liszaja rumieniowatego i w jednym wiewióra; wybitnie dodatni w 11 przypadkach kiły utajonej, w 7 przypadkach kiły leczonej, w 2 przypadkach zmiany pierwotnej, w 2 przypadkach kiły trzeciorzędnej, w 2 przypadkach tocznia pospolitego, w jednym przypadku wrzodu miękkiego, w 1 przypadku wiewióra.

Przeważają więc przypadki dodatnie, kiły leczonej i utajonej, a także i zmian pierwotnych (5). Szereg autorów stwierdzał również pojawianie się dodatnich wyników w tej grupie przypadków, przyznając w tych przypadkach wyższość odczynowi Sachsa i Georgiego. Odosobnione są zdania — nie potwierdzające tego zjawiska (Gaethgens).

Grupa druga, w której odczyn Wassermanna był dodatni, a Sachsa i Georgiego ujemny, liczyła przypadków 26. Odczyn Sachsa i Georgiego ujemny, a Wassermanna wątpliwy wypadł w 2 przypadkach kiły utajonej, w jednym przypadku wrzodu miękkiego, powikłanego zapaleniem ropnem gruczołu chłonnego i w jednym przypadku zmiany pierwotnej; słabo dodatni w 2 przypadkach kiły utajonej; dodatni w 4 przypadkach zmian drugorzędnych kiłowych ograniczonych, a wybitnie dodatni w 11 przypadkach kiły utajonej, w 3 przypadkach kiły leczonej, w jednym przypadku zmiany pierwotnej i w jednym przypadku zapalenia miąższowego rogówki. W tych przypadkach wyższość okazał odczyn Wassermanna. W porównaniu jednak z poprzednią grupą wyników — więcej korzystniejszych wyników było przy odczynie Sachsa i Georgiego.

Przystępuję do omówienia przypadków najważniejszych, to jest odczynów nieswoistych. Przy odczynie Wassermanna ujemnym było nieswoistych dodatnich wyników odczynu Sachsa i Georgiego 9, a mianowicie jeden przypadek choroby Dühringa (wynik wątpliwy), trzy przypadki tocznia pospolitego, jeden

*) Dla braku miejsca nie przytaczam danych z piśmiennictwa.

wrzodu miękkiego, jeden wiewióra cewki moczowej męskiej, a jeden wiewióra u kobiety, jeden przypadek liszaja rumieniowatego i jeden przypadek gruźlicy skóry (tbc colliq. cutis). Pierwsze miejsce w wynikach dodatnich nieswoistych zajmuje więc gruźlica skóry. Wszystkie te przypadki tocznia dały wynik dodatni nieswoisty przy stosowaniu drugiego sposobu. Do tych wyników nieswoistych doliczyć należy jeszcze dalsze przypadki wyników dodatnich, w których i odczyn Wassermanna był dodatni, a to jeden przypadek wrzodu miękkiego (wynik odczynu Wassermanna wątpliwy), przypadek łuszczycy, (odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, a Sachsa i Georgiego słabo dodatni), wreszcie przypadek liszaja rumieniowatego (odczyn Wassermanna wybitnie dodatni, a Sachsa i Georgiego dodatni). We wszystkich tych 3 przypadkach badanie w kierunku kiły dało wynik zupełnie ujemny. Łącznie więc nieswoistych wyników odczynu Sachsa i Georgiego miałem przypadków 12, t. j. 1·02%.

Omawiać bliżej znaczenia nieswoistych wyników odczynów w przypadkach wrzodów miękkich, liszaja rumieniowatego, a nawet łuszczycy nie potrzebuję, bo w tych przypadkach spotyka się czasami nieswoisty wynik odczynu Wassermanna. Natomiast nieswoiste wyniki w innej grupie cierpień spotyka się częściej w odczynie Sachsa i Georgiego. Tak n. p. Kleeberg podaje cyfry do 5% nieswoistych wyników (przypadki wrzodu miękkiego, nieżytu oskrzeli, zapalenia nerwów, duru osutkowego, gruźlicy skóry i błon śluzowych, łuszczycy, wrzodu goleni, nowotworów złośliwych i t. d.). Podobne zjawiska zauważył również szereg innych autorów, jak Blumenthal (przypadki tocznia), Sachs, Georgi, Zinner, Zurhelle i wielu innych.

Bezwarunkowo więc przy określaniu wyników odczynu Sachsa i Georgiego zwrócić należy baczną uwagę na te właśnie nieswoiste wyniki.

Płynów mózgowordzeniowych zbadałem zaledwie 13. Wyniki zgodne były w 9, niezgodne w 4 przypadkach. Niezgodne wyniki, a to odczyn Wassermanna dodatni, a Sachsa Georgiego ujemny, przypadków 2 (kiła utajona późna), odczyn Sachsa Georgiego dodatni, a Wassermanna ujemny, przypadków 2 (kiła utajona późna i kiła trzeciorzędna). Płyny mózgowo-rdzeniowe pochodziły przeważnie z przypadków późnej kiły utajonej, w jednym przypadku kiły trzeciorzędnej, a w jednym z przypadku kiły układu nerwowego ośrodkowego.

Przy badaniu płynu mózgowordzeniowego posługiwałem się sposobem, podanym przez Georgiego, używając dużej ilości płynu, bo 1 cm³ do 1·5 cm³, a 0·75 wyciągu rozcieńczonego. W ten sposób postępując, można zwiększyć odsetek dodatnich odczynów. Szereg bowiem autorów (n. p. Neukirch) uważa odczyn Sachsa i Georgiego za bezwarunkowo słabszy; odczyn Wassermanna przewyższa go w dodatnich wynikach o 30%; wielu stwierdziło istnienie pewnych płynów mózgowordzeniowych, w których dodatni wynik występuje tylko przy odczynie Wassermanna (Plaut, Nathan, Weichbrodt, Sachs, Georgi i t. d.). Dopiero sposób, podany przez Georgiego, pozwoliło trzymywać liczby więcej charakterystyczne dla kiły. Fehlsenfeld, posługując się tym sposobem, otrzymywał 86·8% zgodnych wyników, a 13·2% niezgodnych, z czego 75% było dodatnich wyników odczynu Sachsa i Georgiego, a 25% zaledwie przypadało na przypadki, w których odczyn Wassermanna był dodatni a Sachsa i Georgiego ujemny. Wartość więc odczynu Sachsa była w tych przypadkach ³/₄ razy większa.

Zbierając moje spostrzeżenia, stwierdzić należy, że wybitną zaletę odczynu Sachsa i Georgiego stanowi przedewszystkiem wielka prostota techniki. Jedyna znaczniejsza trudność, to sporządzenie dobrego wyciągu z prawidłowych narządów. Zaznaczyć należy, że doskonałe wyciągi do odczynu Wassermanna — nieraz nie nadają się w zupełności do odczynu Sachsa. Dalszą dodatnią stronę stanowi wykazanie znaczniejszego odsetku wyników dodatnich w zmianach pierwotnych, w kile utajonej, i to w tych przypadkach, w których odczyn Wassermanna był jeszcze ujemny. Również odczyn Sachsa i Georgiego dodatni dłużej utrzymuje się w przypadkach kiły leczonej, powoli, stopniowo ustępując. Zjawisko to uważał Huebschmann za zbyt swoiste, zbyt czułe, tak, że wykazuje jeszcze objawy odporności, które nie mają żadnego związku z istnieniem zakażenia. Przeciw temu zapatrywaniu przemawia jednak to, że zarówno odczyn Wassermanna, jak i Sachsa, znikają powoli, przyczem odczyn Sachsa znika później od odczynu Wassermanna. Szereg autorów wyprowadza stąd wnioski, że leczenie prowadzić należy dalej, mimo ujemnego odczynu Wassermanna — aż do zniknięcia dodatniego odczynu Sachsa. Uważają przeto odczyn ten za bardzo ważny wskaźnik dla leczenia.

Pojęcie istoty odczynu Sachsa i Georgiego ulegało już w czasie krótkiej historji tego odczynu pewnym zasadniczym zmianom. Sachs uważał za przyczynę odczynu (zjawisko skłaczkowacenia) zmianę stanu fizycznego globulin surowicy kiłowych w obecności rozczynu soli, później jednak przyłączył się do zdania Meinickego, tłómaczącego istotę swego odczynu działaniem równorzędnem lipoidów surowicy badanej i lipoidów wyciągu alkoholowego, do czego później przyłączają się zmiany w globulinach. Przez zmieszanie bowiem wyciągu alkoholowego z 2% rozczynem soli (odczyn Meinickego) następuje zjawisko skłaczkowacenia; nie nastąpi to jednak, jeżeli dodamy surowicy prawidłowej, przeciwnie znów surowica kiłowa nietylko nie przeszkadza temu zjawisku, ale je nawet potęguje. Strąty więc kłaczkowate składać się muszą z lipoidów należących do wyciągu, a nie tylko do surowicy. W surowicach kiłowych skłaczkowacenie dlatego jeszcze wybitniej wystąpi, bo surowice te zawierać będą fizycznie zmienione globuliny, bardzo łatwo strącalne, chwiejniejsze, niż globuliny surowicy prawidłowej. Stąd tak łatwo dadzą się strącać przez lipoidy wyciągów, mających do nich wielkie powinowactwo. Przez barwienie lipoidów sudanem IV wykazano, że strąty kłaczkowate, powstające w odczynie Sachsa i Georgiego, składają się z lipoidów wyciągu, a globuliny tem silniej i w większej ilości łączą się z niemi, im więcej jest surowicy. Przy użyciu natomiast znaczniejszych rozcieńczeń surowic strąty składają się wyłącznie tylko z lipoidów wyciągu. Mandelbaum zaprzecza, jakoby globuliny brały udział w strątach kłaczkowatych, po strąceniu bowiem euglobulin z surowicy badanej mimo to może wystąpić zjawisko skłaczkowacenia. Potwierdzają to Gloor i Klinger i Felke, którzy otrzymywali dodatni odczyn Wassermanna, chociaż słabszy, po usunięciu euglobulin z surowic badanych. Zmiany więc w surowicach kiłowych nietylko zależałyby od zmienionych globulin, ale prawdopodobnie od szczególnych ciał chemicznych, powstających w komórkach ustroju przez zadziałanie na nie krętka bladego; ciała te odgrywać muszą znaczną rolę i w odczynie Wassermanna. Dalsze dokładne badania nad zjawiskiem skłaczkowacenia w odczynie Sachsa i Georgiego przeprowadzał Scheer. Wyciągał on eterem kłaczki, a poddając ie szeregowi działań przekonał się, że przeciętnie składają się z 63% lipoidów. Schmidt przekonał się, że strąty kłaczkowate składają się z lipoidów wyciągu i z niweczników, tak silnie związanych z globulinami surowicy, że zaledwie w małym stopniu można je od siebie oddzielić. Zgadzałoby się to z ostatniemi badaniami Wassermanna, który zdołał wyodrębnić z surowic kiłowych niweczniki lipoidalne, znajdujące się w prawie przeźroczystym wyciągu z surowicy.

Ostatnie teorje ogłosili Epstein i Paul, przypuszczając, że zawiesina lipoidów wyciągowych, składająca się z rozmaitego rodzaju lipoidów — jak cholesteryny, lecytyny, kefaliny, naładowana jest elektroujemnie. Strącanie kłaczków lipoidów następuje przez elektrododatnio naładowane jony sodowe surowicy kiłowej, co wiedzie do wniosku, że surowice kiłowe muszą być elektrododatnio naładowane. Sachs już dawniej zauważył, że dodanie kwasów do surowic kiłowych powiększało nasilenie odczynu Wassermanna, dodanie natomiast zasad właściwości te zmniejszało. Surowice czynne powinny silniej oddziaływać niż ogrzane. Ciała białkowate surowic prawidłowych według Pauliego są albo elektrycznie obojętne, albo słabo ujemnie naładowane. Dodatnie naładowanie odbywa się albo przez zwiększenie kwaśności surowic kiłowych, (czy to przez przeładowanie jonów ujemnych, czy to przez jony wodorowe kwasów), albo przez powstanie nowych ciał nieznanego składu, a dodatnio naładowanych.

Surowice kiłowe strącają wskutek swego dodatniego naładowania w obecności jonów sodu rozczynu soli — ujemnie naładowane lipoidy wyciągu, natomiast surowice prawidłowe uwydatniają działanie ochronnokoloidalne przeciw samorodnemu skłaczkowaceniu. W surowicach kiłowych zachodziłyby więc tylko zmiany jakościowe, dotyczące ich chemicznego składu.

Co do tego, czy odczyn Sachsa i Georgiego przewyższa swą czułością odczyn Wassermanna, zdania są podzielone. W porównaniach z wynikami odczynu Meinickego część autorów (Persch) stawia wyżej odczyn Meinickego, inni (Emmerich) przewagę przyznają odczynowi Sachsa i Georgiego. Przeważnie jednak wyższość przyznawana bywa odczynowi Wassermanna — istnieją bowiem pewne surowice, a szczególnie płyny mózgowordzeniowe, z któremi odczyn wypada dodatnio tylko przy sposobie Wassermanna.

Z przedstawienia moich wyników wywnioskować można, że odczyn Sachsa i Georgiego jest bardzo znaczną zdobyczą w rozpoznawaniu kiły, jednak usunąć w zupełności odczynu Wassermanna nie może, gdyż ten w wielu przypadkach nad nim góruje. Odczyn Sachsa i Georgiego może czasami wcześniej od

odczynu Wassermanna wykazać początkowe zmiany w przemianie materji komórek ustroju, wywołane przez osiedlenie się tam krętków bladych — a więc już ten drugi okres zmian, podany przez Wassermanna, okres zmian w przemianie materji lipoidów w ustroju. Odczyn Sachsa i Georgiego może więc być tylko dopełnieniem odczynu Wassermanna, uzupełniając jego wyniki lub dając możność porównania nasilenia wyników. Oba te odczyny, równorzędnie wykonywane, mogą być częściowem ziszczeniem naszych pragnień i dążeń nietylko w kierunku rozpoznawczym zwłaszcza wczesnych przypadków zmian pierwotnych, ale jako cenny wskaźnik w leczeniu kiły.

Piśmiennictwo do roku 1920 podaje: Felke: Derm. Wochensch. 1920 Nr 31. — Gaethgens: Arch. f. Derm. u. Syph. B. 129. — Eicke i Löwenberg: Med. Klin. 1921 Nr 14. — Fehlsenfeld: Med. Klin. 1921 Nr 18. — Kumer: Wien. kl. Wochenschr. 1920 Nr 26. — Strempel: Med. Klin. 1921 Nr 3. — Winkler: Med. Klin. 1921 Nr 19. — Schmidt: Med. Klin. 1921 Nr 20. — Epstein i Paul: Wien. kl. Wochenschr. 1921 Nr 21.— Ettinger: Derm. Woch. 1921 Nr 18.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. I. Nauka o suchotach płucnych.** (Wykłady, wygłoszone w Uniw. warszawskim w roku akademikim 1920/21). Na 289 stronicach znakomity znawca chorób płucnych prof. A. Sokołowski przedstawia w sposób jasny bardzo szczegółowo i dokładnie etjologję, patologiczną anatomję, symptomatologję, przebieg kliniczny, rozpoznawanie, rokowanie i leczenie suchot płucnych. Opierając się na ogromnem własnem doświadczeniu, z wyczerpującą znajomością i ze szczególnem zamiłowaniem uwzględnia autor przedewszystkiem kliniczną stronę przedmiotu, tak doniosłą dla lekarza praktyka. Wobec tych cech dzieło autora przedstawia nader cenną monografję, z której jako ze skarbnicy niewątpliwie będzie czerpać pełną garścią nie jeden lekarz, a którą z wielkim dla siebie pożytkiem odczyta również i doświadczony internista. Prof. W. Orłowski (Kraków).

Raoul Lecoq: **Les nouvelles théories alimentaires.** (Vigat Frères, Édit.). Paris 1920, str. 76.

Sprawa odżywiania jest jednem z najwięcej aktualnych zagadnień współczesnej nauki. Biologiczne sposoby badania dowiodły, że pewne chemiczne składniki pożywienia są koniecznym warunkiem rozwoju i życia ustrojów zwierzęcych. Badania te otwierają nowy dział chorób w patologji człowieka i mają bardzo ważne znaczenie pod względem praktycznym. Ponieważ jednak wyniki tych badań, dokonywanych głównie w pracowniach angielskich i amerykańskich, ogłaszane są przeważnie w czasopismach specjalnych, więc nowe zdobycze wiedzy mają na razie utrudniony dostęp do szerszego ogółu lekarzy. To też krytyczne zestawienie całego zebranego dotąd materjału, niewątpliwie jest potrzebą chwili. Czyni jej zadość w znacznej mierze dziełko Lecoqa, zawierające streszczenie badań i poglądów Hopkinsa, Funka, Mc Calluma, Davisa, Simmondsa, Osbornea, Mendla i i. Książka składa się z następujących rozdziałów: 1) Potrzeby dynamiczne i plastyczne ustroju ludzkiego, 2) znaczenie analizy biologicznej pokarmów, 3) wartość jakościowa białka, 4) awitaminozy, witaminy i drobnoustroje, 5) znaczenie soli mineralnych, 6) pokarmy i odżywianie. Jednakże nie wszystkie rozdziały wyczerpują dostatecznie przedmiot. Tak n. p. w rozdziale pierwszym pominięto nowsze badania autorów amerykańskich nad

przemianą podstawową (basal metabolism), dalej pominięto badania Greenwooda i Benedicta nad potrzebami energetycznemi różnych warstw ludności. Rozdział o witaminach jest opracowany niedostatecznie. Autor, zgodnie z poglądami Mc Calluma, odrzuca istnienie witaminy przeciwgnilcowej, jako odrębnej substancji chemicznej, a pomija zupełnie doskonałe prace autorów angielskich z Hardenem na czele, które ostatecznie rozstrzygają sprawę w kierunku przeciwnym. Karol Rozenfeld.

Palmirski: **Zarys baterjologji i chorób zakaźnych dla sanitarjuszów i sanitarjuszek.** Warszawa (Gebethner i Wolff). Stron 66. Książeczka podaje krótkie wiadomości o morfologji, warunkach rozwoju i badaniu zarazków, o zakażeniu i odporności, a w części szczegółowej o chorobach zakaźnych. Obok wielu zalet ma ona jednak i pewne wady, przedewszystkiem gdzieniegdzie nadmiar szczegółów niekoniecznych dla wykształcenia sanitarjuszów, między innemi zbyt dużo wskazówek leczniczych (co może ułatwić partactwo).

Liebe: **Leczenie światłem (heljoterapja) w niemieckich sanatorjach dla gruźliczych.** (Die Lichtbehandlung in den deutschen Lungenheilanstalten). Wyd. II, Lipsk, 1921 (Kabitsch). Cena 10 m. n. Str. 61. — Liebe opisuje technikę działania kąpieli słonecznych, powietrznych i naświetlań »sztucznem słońcem«, głębokich naświetlań promieniami Röntgena i naświetlań żarówkami, przedewszystkiem w zastosowaniu do leczenia gruźlicy. Rozprawa opiera się na doświadczeniach, zebranych w całym szeregu sanatorjów niemieckich.

Jessen: **Operacyjne leczenie gruźlicy płuc.** (Die operative Behandlung der Lungentuberkulose). Wyd. III. Lipsk 1921 (Kabitsch). Stron 75. Cena 12 m. n. Dziełko Jessena, wychodzące w trzeciem już wydaniu, ma na celu nietylko przedstawić metody operacyjne w gruźlicy płuc, ale także oświetlić wskazania chirurgiczne i sprawę wyboru chwili do operacji. Toteż może dziełko to obudzić zajęcie szerszych kół lekarskich.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Gowland Hopkins: **Najnowsze postępy w nauce o odżywianiu i stosunek ich do medycyny praktycznej.** (The Lancet 1921, 1). Artykuł Hopkinsa, profesora biochemji w Cambridge, znanego badacza i pjonera teorji witamin, składa się z 2 części. Pierwsza jest krytyką poglądów, traktujących sprawę odżywiania prawie wyłącznie ze stanowiska energetycznego, druga — syntezą pojęć, do których wiodą współczesne badania biochemiczne angielskich i amerykańskich autorów. Po wstępnych uwagach, dotyczących rozwoju kalorymetrji, autor zatrzymuje się dłużej na teorji Rubnera, rozważa szczegółowo prawo równowagi izodynamicznej i poglądy na własności żyjącej materji. Następnie omawia autor głośną teorję Pirqueta, zwaną systemem nemów, która znalazła już szersze zastosowanie w odżywianiu dzieci. Podług jednej i drugiej teorji głównym celem odżywiania jest dostarczenie ustrojowi energji. Ilość kalorji lub nemów, znajdujących się w substancjach pokarmowych, służy za najważniejszy probierz ich wartości odżywczej. Różnice chemiczne nie grają pod tym względem poważniejszej roli. Otóż nie zapoznając doniosłego znaczenia kalorymetrji dla celów praktycznych, stwierdza Hopkins, że kryterja powyższe są jednostronne i niedostateczne. Nawet zastrzeżenia Rubnera i Pirqueta, że pewna ilość energji (4%—10%) powinna być dostarczona bezwarunkowo w postaci białka, choć wyłamują się z pod ogólnej zasady, są dzisiaj niedostateczną formułą. Zasadniczo żadna z podstawowych substancji pokarmowych nie może być całkowicie zastąpiona przez inną, nawet jeżeli zamiana ta pozostaje bez wpływu na ogólny zasób dostarczonej energji. Pewne minimum każdej z tych substancji jest bezwzględną fizjologiczną potrzebą ustroju. Jest ono konieczne nietylko dla utrzymania jego swoistej struktury chemicznej, ale i dlatego, żeby przeobrażenia energetyczne mogły dokonywać się *we właściwem miejscu i czasie*. Wiele faktów dowodzi, że bez pomocy węglowodanów nie może być mowy o całkowitem wyzyskaniu tłuszczu, i odwrotnie, pewne minimum tłuszczu jest niezbędne dla należytego wyzyskania węglowodanów. Oczywiście substancje te mogą zastępować się wzajemnie w pewnych granicach, których bliżej nie możemy na razie określić, ale że te granice istnieją, nie ulega żadnej wątpliwości. Przemiana ciał białkowych w ustroju, której poznanie zawdzięczamy nowym postępom chemji, jeszcze lepiej dowodzi, jak ważny jest w odżywianiu udział czynników chemicznych. Złożona cząsteczka (molecule) białka jest jakby wzorem, utkanym mniej więcej z 20 strukturalnych jednostek — kwasów aminowych, z których każda, mimo wspólnych pierwiastków rodzajowych, różni się od innych cechami indywidualnemi, będącemi w związku z ich swoistą budową. Wartość odżywcza rozmaitych ciał białkowych zależy od ilości i wzajemnego ustosunkowania różnych kwasów aminowych w poszczególnym wzorze cząsteczkowym białka. Z doświadczeń na zwierzętach wiemy, że brak niektórych składników białka pokarmowego, a mianowicie kwasów aminowych o budowie prostej, jest dla nich obojętny, ponieważ synteza tych składników nie przedstawia dla ustroju szczególnej trudności. Brak innych nie przemija bezkarnie. Wreszcie niektóre kwasy aminowe, zwłaszcza więcej złożone, są niezbędne dla życia i muszą być dostarczone ustrojowi w gotowej postaci, w pewnych *minimalnych ilościach*. Stąd wniosek, że w poszczególnych przypadkach nie ilość, ale jakość białka może być czynnikiem, wywołującym chorobę[1]).

Ważne odkrycie witamin[2]), które otwiera nowe i tak szerokie widnokręgi przed medycyną praktyczną, jest najlepszym dowodem, że wartość energetyczna pożywienia nie może być jego wyłącznym sprawdzianem. Podług licznych, wielokrotnie sprawdzonych doświadczeń, zwierzę może otrzymać, strawić, wchłonąć i całkowicie wyzyskać pożywienie, odpowiadające albo nawet przewyższające jego potrzeby energetyczne, a mimo wszystko przestaje rosnąć, choruje i wreszcie ginie, jeżeli w skład pożywienia wchodzą pokarmy chemicznie czyste, pozbawione witamin. Jeżeli sprawa nie posunęła się zbyt daleko, dodatek małej ilości żywej tkanki roślinnej lub zwierzęcej szybko usuwa cierpienie. Badaczom nie udało się dotąd otrzymać witamin w postaci czystej i poznać ich istotę chemiczną. Na razie możemy określić je jako swoiste substancje chemiczne, znajdujące się w pożywieniu naturalnem, niezbędne dla wzrostu i życia i czynne w minimalnych ilościach. Nieznajomość istoty chemicznej nie powinna być źródłem wątpliwości co do ich istnienia, z równą bowiem słusznością moglibyśmy kwestjonować istnienie toksyn, antytoksyn i nawet zaczynów. Na podstawie badań biologicznych wyróżniamy dzisiaj witaminę przeciwgnilcową, przeciwneurytyczną (przeciw beri-beri) i rozpuszczalną w tłuszczu (fat-soluble). Brak tej witaminy rozpuszczalnej w tłuszczu wywołuje ciężkie zaburzenia w odżywianiu, które są jeszcze przedmiotem badań. Znaczenie witaminy przeciwgnilcowej i przeciwneurytycznej zostało ustalone na podstawie doświadczeń i faktów klinicznych. Gnilec, spostrzegany najczęściej podczas głodu, wojny i długotrwałych podróży morskich, oraz beri-beri, rozpowszechniona na Wschodzie, są to typowe choroby z niedostatecznego odżywiania, powstające wskutek braku witamin. Etjologja rumienia lombardzkiego (pellagra) nie jest całkowicie wyjaśniona, przypuszczać można, że między innemi gra tu pewną rolę białko pokarmowe małej biologicznej wartości. Oczywiście w krajach, stojących na wyższych szczeblach kultury, pożywienie człowieka w zwykłych warunkach życia, dzięki różnorodności pokarmów i naturalnemu instynktowi, jest naogół przystosowane do potrzeb fizjologicznych

[1]) W swoich doświadczeniach klasycznych z r. 1906 Willcock i Hopkins pierwsi stwierdzili, że zwierzęta, karmione zeiną (białko kukurydzy) i tyrozyną nie mogły utrzymać się przy życiu. Dodatek tryptofanu zapobiegał śmierci. (Pzyp. spraw.).

[2]) Początkowo Hopkins proponował nazwę dodatkowych czynników pożywienia (accessory food factors). Nazwę »witaminy» podał Funk. (Przyp. spraw.).

i zrównoważone pod względem chemicznym. W takich razach energetyczna ocena pożywienia może być istotnie dobrym sprawdzianem. Ale nie zawsze tak bywa. Pomijając jednostronne odżywianie ludów wschodnich, doświadczenie wojny światowej uczy, że pożywienie dostateczne pod względem kalorycznym może mieć większe lub mniejsze braki pod względem chemicznym. Od stopnia tych braków i utraconej równowagi chemicznej zależy rodzaj i natężenie zaburzeń odżywczych. Można wyobrazić sobie całą skalę przejść stopniowych od niewyraźnych i zagadkowych dla lekarza objawów do ściśle określonych typów chorobnych w rodzaju beri-beri lub gnilca.

W biologji lepiej unikać wyrazu — prawo. Jeżeli jednak mamy sformułować ogólną dla zjawisk odżywiania zasadę, wówczas nie »prawo równowagi izodynamicznej«, ale »prawo minimum« (the law of minimum) byłoby pojęciem, lepiej określającem istotny stan rzeczy. Karol Rozenfeld (Częstochowa).

W. Cramer and J. C. Mottram: **Podobieństwo skutków, wywołanych brakiem witamin, działaniem promieni x i radu.** (The Lancet 1921, 19). Fakt, że zwierzęta pozbawione witamin chorują i giną, dał podstawę uogólnieniu, że witaminy są niezbędne dla życia komórki. Jednakże najściślejsze badania histologiczne tkanek i narządów nie wykryły żadnych zmian charakterystycznych, któreby mogły być uważane za przyczynę choroby i śmierci. Przerost nadnerczy, występujący u zwierząt wskutek braku witamin, dowodzi najlepiej, że poszczególne komórki mogą żyć i rozwijać się bez nich. Spostrzegano nawet czynny wzrost przeszczepionych nowotworów w ciężkich postaciach awitaminozy. Jedna tylko tkanka limfatyczna ulega pod wpływem braku witamin swoistym i głębokim zmianom. U szczurów i myszy występuje jej zanik, dostrzegalny już gołem okiem. Pod drobnowidem w śledzionie i gruczołach chłonnych — bardzo mało leukocytów i prawie zupełny brak limfocytów. We krwi — przewaga leukocytów wielojądrzastych. Rzecz szczególna, że te same zmiany powstają w tkance limfatycznej pod wpływem promieni x i radu, stosowanych w odpowiedniej dawce. Chudnienie i wycieńczenie zwierząt, występujące w jednym i drugim przypadku, musi być zapewne w jakimś związku z zanikiem tkanki limfatycznej. Fakt ten nasuwa przypuszczenie, że układ chłonny gra o wiele większą rolę w odżywianiu, niż dotychczas sądzimy. Autorzy zapowiadają dalsze w tym kierunku badania. K. R.

S. Zilva, D. Giessen and M. Miura: **O względnej zawartości witaminy A (rozpuszczalnej w tłuszczu) w tranie i maśle.** (The Lancet 1921, 7). Wiadomości nasze o rozmieszczeniu witaminy A w naturze mają charakter jakościowy. Dotychczasowa metodyka badania polegała na tem, że z pożywienia młodych szczurów, najzupełniej przystosowanego do ich potrzeb fizjologicznych, usuwano substancje, zawierające ten składnik. W tych warunkach zwierzęta przestają rosnąć. Dodatek substancji, zawierającej witaminę A, przywraca ustrojowi równowagę. Autorzy zapomocą licznych doświadczeń w oddziale biochemicznym Instytutu Listera opracowali sposób ilościowego określenia tej witaminy. Przy zachowaniu niezbędnych warunków można porównywać dosyć ściśle względną wartość rozmaitych pokarmów. W tych badaniach wpadała w oczy nadzwyczajna siła działania nieoczyszczonego tranu. Była ona 250 razy większa od działania masła. Tran oczyszczony działa o wiele słabiej, ale jest skuteczniejszy, niż masło. Znana empirycznie oddawna skuteczność tranu w rozmaitych chorobach, szczególnie w krzywicy, tłomaczy się wielką zawartością witaminy A. Niestety rozpowszechniające się coraz bardziej oczyszczanie tranu, które ma na celu usunięcie przykrego zapachu i smaku, wywołuje częściowy lub całkowity rozkład tego ważnego składnika. Przy leczniczem stosowaniu różnych przetworów tranu punkt ten powinien być zawsze brany na uwagę. K. R.

Abrami i Senevet. **W sprawie gametów pasorzyta zimnicy złośliwej (plasmodium praecox). Zmienny stosunek elementów męskich i żeńskich.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Autorzy wykazali, że u osobników chorych na zimnicę złośliwą, a nieleczonych, zmniejsza się ilość gametów we krwi obwodowej w okresie między dwoma napadami. Obecnie postawili sobie za zadanie rozstrzygnąć, czy ten spadek liczby gametów dotyczy jednakowo obu płci, czy też jedna z nich znika szybciej, niż druga. Wyniki wykazały, że znikają ze krwi obwodowej przedewszystkiem elementy męskie, co jest zapewne w związku z ich odpornością. Okoliczność ta pozwala tłumaczyć różnice w różnych statystykach, odnoszących się do gametów, mające źródło w tem, że badania gametów przeprowadzano w różnych okresach choroby. Dr T. Tempka.

Wiadomości bieżące.

Ministerstwo zdrowia publicznego, o ile sądzić można z prasy codziennej, jest znowu zagrożone; podobno zwinięcia jego pragnie tym razem — Minister skarbu. Wątpimy, czy skarb Państwa oszczędziłby przez to nawet — płacę Ministra zdrowia, bo przecież żadna z agend Ministerstwa zdrowia (jak słusznie podnosi organ Pols. Stronnictwa ludowego »Goniec« w Nr. 192) nie zniknie ze zwinięciem Ministerstwa, a więc żadne z jego biur nie może być zwinięte, tylko przeniesione będzie do innego jakiegoś Ministerstwa; na czele zaś spraw zdrowia w Państwie musi stać zawsze kierownik fachowy, którego płaca nie wiele będzie niższa od ministerjalnej. Tak więc Państwo niby na zwinięciu Ministerstwa nie zyskało, a napewno poniosłoby znaczne szkody. Quousque tandem? Należałoby nareszcie raz pozwolić Ministerstwu zdrowia spokojnie dalej budować organizację opieki nad zdrowiem ludności, bez tych ciągłych perturbacji, jakie sprawiają czy to zakusy zwinięcia tego niezbędnego urzędu, czy też wydzieranie mu zakresów działania, które do niego należeć powinny (opieka nad dziećmi, wychowanie fizyczne i t. p.), a narzucanie mu zadań, które do niego nie należą.

Pomoc Ligi Narodów w walce z epidemjami w Polsce. Liga Narodów dostarczyła Polsce za pośrednictwem Dr White i komisarzy epidemicznych za sumę 85.000 funtów sterlingów (561 miljonów marek) 250 kompletów łóżek dla 50 szpitali, 36 samochodów szpitalnych i ciężarowych wraz z częściami zapasowemi i około 20 wagonów żywności dla stacji uchodźczych, 500 kg. kamfory, 200 kg. chininy, 10 kg. salwarsanu, 12 wagonów trykotaży i kilka tysięcy kompletów odzieży, obuwia, prze-

ścieradeł, koszul, 12 mikroskopów i t. d. Obecnie Liga Narodów postanowiła wydatkować w Polsce na różne cele inwestycyjne, jak łaźnie, szpitale i t. d., zakłady dezynfekcyjne. Pozatem przyobiecana jest jeszcze na cele powyższe kwota 231 miljonów mk.

Naczelny nadzwyczajny Komisarjat epidemiczny zostanie 1. IX. b. r. złączony z Ministerstwem zdrowia i przejdzie pod władzę Ministra zdrowia, Dr Chodźki. Dotychczasowy Naczelny Komisarz, prof. Dr Emil Godlewski, który swą kilkoletnią działalnością naprzód w Komitecie ks. Biskupim, a potem w Komisarjacie, położył niespożyte zasługi, powraca całkowicie do swej pracy naukowej i dydaktycznej w Krakowie.

Międzynarodowy Komitet hygjeny publicznej składać się ma z 12 członków; jednym z nich został Minister zdrowia publ., Dr W. Chodźko.

Z Uniwersytetów polskich. Na r. 1921/2 został wybrany rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dr Juljan Nowak, Uniwersytetu poznańskiego prof. Dr. Heljodor Święcicki, a warszawskiego prof. Dr Jan Mazurkiewicz. Równocześnie więc rządy trzech uniwersytetów spoczęły w ręku członków Wydziałów lekarskich. — Dziekanem Wydziału lekarskiego wybrany został w Krakowie prof. Dr Łazarski, w Poznaniu pozostaje dziekanem nadal prof. Dr Wrzosek. — Honorowym profesorem laryngologji w Poznaniu mianowany został prof. Dr Antoni Jurasz (senior). Tamże obejmuje katedrę chemji fizjologicznej prof. Dr Stefan Dąbrowski, b. wiceminister spraw zagranicznych.

Zjazdy naukowe w Polsce. Zjazd Towarzystwa lekarskiego francusko-polskiego odbędzie się w Warszawie od d. 15 do 18 września r. b. Lekarze francuscy przebędą w Poznaniu 12 i 13 września, z Warszawy zaś pojadą do Lwowa i Krakowa. Do Krakowa mają przybyć 19 września. Zapowiedziany jest przyjazd wybitnych profesorów i uczonych francuskich. Mamy nadzieję, że polscy lekarze wystąpią z wykładami zwłaszcza w zakresie chorób zakaźnych, mało znanych we Francji, i podążą licznie na Zjazd, aby przyczynić się do jak najlepszego przyjęcia naszych przyjaciół. Wszelkich informacji o Zjeździe udziela Dr Józef Zieliński, sekretarz Towarzystwa, Warszawa, ul. Wspólna Nr 51, m. 6, tel. 225—261. W Krakowie zajmuje się zorganizowaniem posiedzeń naukowych komitet, wybrany przez Wydział lekarski i Towarzystwo lekarskie. — Zjazd chirurgów polskich, z rzędu osiemnasty, zwołało Towarzystwo chirurgów polskich do Warszawy na d. 3, 4 i 5 października. Referaty programowe: 1) Leczenie złamań (prof. Rutkowski). 2) Leczenie uszkodzeń nerwów obwodowych (prof. Radliński i Dr Koelichen). 3) Leczenie ran przypadkowych (prof. Leśniowski). 4) Doświadczenia wojenne w leczeniu ran (prof. Kryński i Dr Sieramski). Prócz tego dotychczas zgłoszono 23 wykłady. Dalsze zgłoszenia wykładów i udziału w Zjeździe przyjmuje prof. Radliński (Warszawa, II Klinika chirurgiczna). W Zjeździe może wziąść udział każdy lekarz. — II Zjazd wszechkrajowy Polskiego Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy odbędzie się w Warszawie 30 i 31. X. b. r. Zgłoszenia przyjmuje Sekretarjat (Dr M. Szczodrowska), Warszawa, ul. Widok 11, m. 1.

Ze spraw wychowania fizycznego. Do komisji pedagogicznej w Ministerstwie oświecenia publ., złożonej z dwudziestu kilku osób, zostali powołani m. i.: prof. E. Piasecki, Dr J. Joteykówna, St. Kopczyński i T. Jaroszyński. — Pierwszy w Polsce osobny gmach studjum wychowania fizycznego, zbudowany w Poznaniu dla uniwersyteckiego studjum tej gałęzi, został poświęcony i otwarty 31. VII. b. r. Dyrektorem studjum jest znakomity znawca przedmiotu, prof. Dr. E. Piasecki.

Egzamina fizykackie lekarskie. Lekarze mający zamiar przystąpić do egzaminu fizykackiego w terminie jesiennym 1921 r., powinni wnieść udokumentowane podania do Wojewódzkich Urzędów zdrowia we Lwowie i Krakowie na początku uniwersyteckiego półrocza zimowego 1921/1922, poczem zostaną powiadomieni o terminie egzaminu. Warunki dopuszczenia do egzaminu podane są w rozporządzeniu b. austr. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 marca 1873 (Dz. pp. L. 37) (Dr Barzycki Tom 1, str. 15).

Trzeci kurs dla lekarzy odbędzie się w Wiedniu 26. IX. do 8. X. b. r. staraniem Wydziału lekarskiego. Zgłoszenia przyjmuje Red. Dr Kronfeld (Wien IX. Porzellangasse 22). Kurs jest bezpłatny, a uczestnicy płacą tylko wpisowe, i to Polacy oraz obywatele Austrji 200 k., Węgrzy, Czesi, Jugosłowianie i obywatele Niemiec 500 k., inni 1000 k.

Wolne stanowiska. W klinice chirurgicznej w Krakowie będą obsadzone 3 stanowiska asystentów. Termin konkursu do 15 września b. r. Zgłaszać się należy do Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

Zmarli: Dr Roman Wodyński, b. asystent przy katedrze zoologji i przy katedrze anatomji patol. w Uniw. Jagiell., em. radca rządu jugosłowiańskiego, długoletni prezes Rady sanitarnej dla Bośni i Hercegowiny w 73 r. ż. — Dr A. Panieński w 63 r. ż. w Poznaniu.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

MINISTERSTWO B. DZIELN. PRUSKIEJ DEPART. 6. ROLN. I DOBR PAŃSTW. Poznań, d. 10 lipca 1921.

J. L. Dz. $\frac{6-b}{13498/21.}$ 58

OGŁOSZENIE.

Ministerstwo b. dzielnicy pruskiej zamierza wydzierżawić na 99 lat około 100 morgów pruskich ziemi i lasu na półwyspie Helu pod budowę hotelu-sanatorjum, wil, na założenie parku itp. Brzeg nadaje się na kąpiele dla dorosłych i dzieci.

Wnioski piśmienne z wyszczególnieniem zamierzeń do 1. X. 1921 do Departamentu Rolnictwa i Dóbr Państwowych w Poznaniu Krasińskiego 9.

Za Ministra *Lutomski*
Dyrektor Departamentu w z.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Aby uczciwie wypełnić swój obowiązek wobec lekarzy polskich, wypełnić słuszne ich żądania i zaspokoić niezbędne potrzeby, aby dalszą swą służbę z rzeczywistym dla nauki lekarskiej pełnić pożytkiem, sprzymierzone dotąd polskie czasopisma lekarskie wcielają się w jeden nowy wspólny tygodnik.

Spełnia się myśl, rzucona przed dwoma lat dziesiątkami, skupienia sił, zestrzelenia myśli w jedno ognisko. Zapewne, — milejby może było dojść do tego bez nacisku okoliczności zewnętrznych, ale niema powodu nań się żalić, skoro przyspiesza uzdrowienie naszego czasopiśmiennictwa i kształtuje je według praw postępu. Boć »trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe!«

Przestając istnieć jako osobne organizmy, zrzekając się swej indywidualności, ponoszą nasze czasopisma ofiarę z niejednego, co im było naprawdę drogie, czyto z chlubnej tradycji przeszło półwiekowej pracy i szerokiego wpływu, czy ze swej służby na stołecznych, dzielnicowych lub kresowych placówkach. Ale ofiarę tę składają chętnie, jako daninę na rzecz wspólnego dobra, jako symbol zjednoczenia i na tem polu dzielnic, rozgrodzonych do niedawna wrażą przemocą, jako znak zapomnienia o czasach niewoli.

Wiernym swym czytelnikom i przyjaciołom składają nasze czasopisma w tej przełomowej chwili z serca płynące podziękowanie za ich współpracę i pomoc w przeszłości, ale nie żegnają się z nimi. Wszak porzuciwszy dziś swą postać dawną, odżyją jutro w nowej, wierzymy, że lepszej postaci, a POLSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE będzie wprost dalszym ciągiem czasopism dzisiejszych. Zmieni się tylko nazwanie, wzmocnią się wiązania i żagle, za wiosła i za ster obok spracowanych już dłoni młodsze, silniejsze pochwycą ręce; a statek, co tyle już przetrwał zwycięsko, tylko silniej i szybciej płynąć będzie ku brzegom, gdzie mieszka Prawda i Dobro. c.

Oceny i sprawozdania

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. W r. b. wyszedł jeden zeszyt w lutym, drugi w kwietniu*). Z rozporządzeń, ogłoszonych w części urzędowej, powinny zainteresować ogół lekarski rozporządzenie wykonawcze do ustawy przeciwalkoholowej i rozporządzenie o komisjach opieki nad dziećmi. W nowym regulaminie dla państwowych szkół położnych uderza brak przepisów o sposobie mianowania profesorów (dyrektorów) tych szkół. Rozporządzenie o budowie i utrzymaniu studni należałoby w ustępie o studniach betonowych i innych kopanych (art. 6) uzupełnić wzmianką o pompach; mowa tam bowiem tylko o wiadrach. Wszystkich lekarzy naczelnych w różnych instytucjach obchodzi rozporządzenie, nakazujące przymusowe szczepienie przeciw cholerze i tyfusowi brzusznemu personalu wszystkich szpitali, zakładów dezynfekcyjnych, łaźni, przytułków noclegowych, pogotowi ratunkowych, wodociągów, żeglugi, konduktorów kolejowych, służby czyszczenia miast, pogrzebowej, personalu więziennego i więźniów, handlarzy starzyzny i szmat. Zawodowych spraw lekarzy dotyczą dwa rozporządzenia: Ministerstwa sprawiedliwości z 14. I. 1921. Dz. u. p. Nr 9. poz. 21, podnoszące wynagrodzenia sądowo-lekarskie przez liczenie stawek dawnego rozporządzenia austrjackiego po 5 mk. za koronę i podwyższenie stawek rozporządzenia z 7. VIII. 1920 Dz. u. p. poz. 515 o 150%, liczenie djet wedle VII. i VI. stopnia służbowego (zamiast dawnych VIII—X rangi), — oraz rozp. Ministerstwa zdrowia z 4. I. 1921 Nr I/42001/4069/20, oznaczające wynagrodzenie za jedno szczepienie ospy na 5 mk. wraz ze sprawdzeniem, środkami pomocniczemi, przejazdami i djetami, które już osobno nie będą opłacane. Utworzony rozporządzeniem Rady ministrów z 5. I. 1921 Państwowy Zakład aprowizacji sanitarnej będzie w środki sanitarno-farmaceutyczne zaopatrywać prócz instytucji państwowych także »w miarę możności« instytucje samorządowe. Z ogłaszanych w Biuletynach Ministerstwa sprawozdań zasługiwałoby sprawozdanie z organizacji i czynności Ministerstwa w r. 1918 na szybsze ogłoszenie, i to naraz w całości, by przyspieszyć ogłoszenie sprawozdania za dalsze lata. »Sprawozdanie referatu**) położnictwa« w Ministerstwie odźwierciedla wielkie braki pomocy położniczej w Kongresówce (1 położna lub babka średnio na 61 wiorst kwadr., a są powiaty, gdzie 1:409!, gdy w Niemczech 1:20 kilom. kw.) i energiczną akcję zaradczą Ministerstwa. Artykuł o zwalczaniu chorób wenerycznych w Polsce jest także raczej sprawozdaniem oficjalnem, miejsce więc jego chyba w dziale urzędowym. Sprawozdania statystyczne o chorobach zakaźnych są bardzo spóźnione, za październik i listopad — w lutym, za grudzień w kwietniu. Byłoby bardzo pożądane, by Biuletyny Ministerstwa zdrowia wychodziły na wzór zagranicznych perjodycznie, co najmniej co miesiąc i by wcześniej podawały statystykę epidemji.

*) Trzeciego zeszytu nie otrzymaliśmy; z czwartego, lipcowego, zdamy sprawę w »Polskiem Czasopiśmie lekarskiem«.

**) Co za barbarzyńska terminologja urzędowa! Jak »referat« może składać sprawozdanie?!

Dr Stefan Karp'-Rottermund, poseł warszawski na Sejm ustawodawczy. **Obecna gospodarka rządu w sprawach higjeny społecznej i zdrowia publicznego.** (Referat budżetowy sejmowej Komisji skarbowobudżetowej na plenum Sejmu). Warszawa 1921, stron 34. Na wniosek Komisji skarbowobudżetowej uchwalił był Sejm w r. z. wezwać Rząd, by przedstawił projekty: rozgraniczenia kompetencji Ministerstwa zdrowia i Ministerstwa pracy, ustawy, regulującej dalsze istnienie Ministerstwa zdrowia i jego etat, by zreorganizował Ministerstwo zdrowia przez zmniejszenie liczby jego wydziałów i decentralizację oraz ograniczenie do minimum wydatków na instytucje państwowe (szpitale, instytuty serologiczne i t. d.), a większe subwencjonowanie samorządowych, by przedstawił plan gospodarki państwowej w sprawie zdrojowisk i by w budżecie Ministerstwa uwzględnił wydatki na walkę z alkoholizmem. W obecnym swym referacie rozpatruje poseł Dr Rottermund w związku z budżetem stan tych spraw i działalność Ministerstwa zdrowia. Wytyka przedewszystkiem bardzo nieekonomiczną gospodarkę Rządu przez to, że nie usunął dotąd pomieszania kompetencji obu Ministerstw. Następnie stwierdza, że reorganizacja Ministerstwa zdrowia, acz nie ukończona, znacznie jednak postąpiła, zespół urzędniczy jest lepszy i wydatniej pracuje. Bardzo silnie, a słusznie krytykuje poseł Dr Rottermund Rząd, że dotąd nie wykonał uchwały Sejmu i ani nie utrwalił bytu Ministerstwa zdrowia, ani nie zapobiegł coraz większemu rozpraszaniu się spraw sanitarnych po różnych Ministerstwach, gospodarujących w tym zakresie nieraz zupełnie samowolnie, i to nieraz bardzo nieumiejętnie i zbyt kosztownie. W samym tylko budżecie Prezydjum Rady ministrów wynoszą wydatki sanitarne (włączonego tutaj Urzędu dla jeńców i uchodźców) około 40 miljonów. Prócz tego siedem Ministerstw (oprócz Min. zdrowia) ma w swych budżetach znaczne rubryki na cele sanitarne, a tylko

trzy nie! Z przytoczonych przez Dr Rottermunda mnóstwa faktów, dowodzących szkodliwości takiego stanu, uderzają najwięcej wywody, dotyczące wojska, które swe sprawy sanitarne i lekarskie »postawiło w zupełnej niezależności od reszty ludności kraju«; zdarzyły się »wypadki odbierania ludności cywilnej ostatnich szpitali (Stanisławów), zapasów niezastąpionych środków lekarskich (kokaina)«. Dr Rottermund podnosi, że Minister zdrowia, a nie Minister wojny, powinien decydować, »czy można dla celów wojskowych ogałacać ludność z 70% lekarzy«, t. j. 2600, z których — notabene »na potrzeby frontu powołano 700, a 1900 pozostawiono do rozporządzenia Ministerstwa spraw wojskowych — na tyłach«. Może mniej jaskrawe, ale niemniej liczne są szkody, wynikłe z zagarnięcia spraw sanitarnych przez inne Ministerstwa. Toteż wobec grozy epidemji duru plamistego jedyną drogą wyjścia stało się utworzenie Nadzwyczajnego Komisarjatu epidemicznego, stojącego ponickąd — ponad Ministerstwami i przez to mogącego akcję przecież skoordynować. — W szczegółowej części referatu Dr Rottermunda znajdują się cyfry budżetowe Ministerstwa zdrowia. Sumy te (czyste wydatki po potrąceniu dochodów) wynosiły za półtora roku (od lipca 1919 do końca 1920) 489,152.806 mk., w czem mieści się już kredyt, przyznany Naczelnemu Komisarjatowi epidemicznemu 176,888.725 mk.); a największe pozycje stanowią w drugim 6-kwartalnym okresie: zarząd centralny 75 milj., (w czem jednak są pomieszczone wszelkie przez »zarząd centralny« Ministerstwa udzielane dotacje i zapomogi, n. p. dla Komitetu pomocy dzieciom 20 milj., dla państwowego funduszu mieszkaniowego 15 milj.), państwowe szpitale epidemiczne 10 milj., walka z chorobami zakaźnemi 160 milj., 6 zakładów epidemjologicznych i 5 wyrobu surowic i szczepionek przeszło 9 milj., 2 zakłady badania żywności 2·8 milj., instytut dentystyczny 1·8 milj., urzędy sanitarno-obyczajowe w Kongresówce 5·9 milj., zakład w Tworkach 11·4 milj., okręgowe Urzędy zdrowia w Kongresówce 8·1 milj., pomoc lekarska 3·5 milj. i suma wszystkich wydatków w Małopolsce (przedewszystkiem służba sanitarna i szpitalnictwo) 105 milj. — Porównanie gospodarki w Małopolsce i w Kongresówce jest na razie bardzo trudne z powodu zupełnie innego sposobu budżetowania. Przy omówieniu najważniejszych pozycji budżetu znajdują się oprócz uwag krytycznych liczne szczegóły o działalności Ministerstwa zdrowia i o ustroju władz sanitarnych, tem ciekawsze, że poraz pierwszy publicznie ogłoszone, bo o działalności Ministerstwa zawierają jego Biuletyny bardzo mało wiadomości, a poza tem nigdzie się informacji o czynnościach Ministerstwa nie napotyka. — Referat Dr Rottermunda kończy się 10 wnioskami, przedłożonemi obecnie do uchwały Sejmowi przez Komisję skarbowobudżetową, a to: aby Rząd dalej reorganizował Ministerstwo zdrowia, aby zmniejszył samodzielne wydziały sanitarne w innych Ministerstwach, aby udoskonalił pewne szczegóły w sposobie budżetowania, aby ujednostajnił ustawy o rekwizycji mieszkań, usunął nadmiar urzędów w miastach mających brak mieszkań i umożliwił zarządom miejskim podjęcie rozbudowy miast, aby przedstawił wyczerpujący plan walki z gruźlicą i jaglicą, przyspieszył wykonanie rezolucji Sejmu w sprawie zdrojowisk, zdał sprawę z likwidacji Cekaduru (Komisji durowej) i przedłożył projekt ustawy o aptekach. Referat Dr Rottermunda, muszącego stanąć, jako referent komisji skarbowej, na stanowisku budżetu, z natury rzeczy nie może tak wyczerpująco przedstawić działalności Ministerstwa zdrowia i tak jej obszernie omówić, jakby to stać się mogło w ogólnem sprawozdaniu Sejmowej Komisji sanitarnej, której poseł Dr Rottermund jest przewodniczącym. Wobec energji i pracy, jaką Dr Rottermund (niemal jedyny z posłów-lekarzy!) poświęca w Sejmie sprawom zdrowia publicznego, miejmy nadzieję, że i takie niejako fachowe sprawozdanie będzie Sejmowi kiedyś przedłożone, a przez wydrukowanie, stanie się dostępnem dla ogółu.

Dr Stefan Karp'-Rottermund, poseł na Sejm ustawodawczy: **Czy Polsce nadal potrzebne Ministerstwo zdrowia publicznego.** Warszawa 1921 (Wende) str. 10. Jestto mowa sejmowa, wygłoszona 24 lutego 1920 w obronie istnienia Ministerstwa zdrowia, a zawierająca wszystkie w tej sprawie argumenta w formie przekonywającej.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Marchoux: **Beri-beri a awitaminoza.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Wszystkie dotychczasowe rzekome przyczyny beri-beri nie występują poza ramy przypuszczeń. W ostatnich czasach zaczęto uważać beri-beri za awitaminozę. Jako przyczynek do etjologji beri beri przytacza M. spostrzeżenia, jakie poczynił podczas wojny w oddziale złożonym z 2.000 Anamitów. Pożywienie ich składało się z mięsa względnie świeżych ryb, sałaty lub innych jarzyn, sera i owoców; zamiast chleba dostawali zaś ryż pozbawiony łusek. W następstwie epidemji grypy zaczęły pojawiać się wśród nich przypadki beri-beri, które doszły liczby 432, a cechowały się obrzękami, zapaleniem nerwów, znieczuleniem lub osłabieniem czucia skórnego i rozszerzeniem serca; 13 przypadków skończyło się nagłą śmiercią. Epidemja ta trwała 7 miesięcy, a ustała z usunięciem ryżu z pożywienia. Na podstawie faktu, że tylko część żołnierzy zapadła na beri-beri, wyciąga M. wniosek, że nie może tu chodzić o awitaminozę, tylko o jakieś zakażenie. Możliwem jest mianowicie, że beri-beri jest wywołane przez wchłonięcie do krwi jadu, wytworzonego w jelicie przez jakiś drobnoustrój, żyjący na resztkach niestrawionego ryżu; może się to dziać tylko przy upośledzeniu wydzielania zaczynów trawiących skrobię. Okoliczność ta tłumaczyłaby, dlaczego w powyższym przypadku beri-beri wystąpiło tylko u części żołnierzy. Dr T. Tempka.

Clair. **Doświadczalne beri-beri. Etjologja beri-beri.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Spostrzeżenia C. odnoszą się do przypadków tej choroby na Madagaskarze; tubylcy zapadają na nią daleko łatwiej, niż Europejczycy, ci zaś dopiero po dłuższym pobycie na Madagaskarze. U dzieci nie napotyka się tego cierpienia. Beri-beri pojawia się przez cały rok, najobficiej jednak w porze deszczowej. Co do etjologji należy zaznaczyć, że beri-beri nie ma nic wspólnego z zimnicą, która, wywołując charłactwo, usposabia tylko do nabycia beri-beri. Tak samo ma się sprawa i z obecnością tęgoryjca dwunastnicy i innych pasorzytów jelitowych w stolcach tych chorych; znajdują się one bowiem w strefie gorącej u większości ludzi i stwarzają przez to podłoże dla innych chorób. Na uwagę zasługuje twierdzenie, że beri-beri jest wywołane przez jakość pożywienia; zauważono bowiem, że większość chorych na beri-beri żywiła się głównie ryżem, i to często spleśniałym; ryż zaś, zanim się stanie jadalnym, zostaje naprzód pozbawiony łusek, a wskutek dalszych zabiegów traci sole fosforowe, magnowe i połączenia azotowe, zatrzymując jedynie skrobię, która sama przez się nie jest zdolna utrzymać życia. Rolę ryżu w tym względzie, jako wyłącznego pożywienia, ujawniają doświadczenia C., przeprowadzone na gołębiach; ptaki te już w 10. dniu takiego żywienia traciły upierzenie, słabły i ginęły wreszcie z wyczerpania. Obraz kliniczny beri-beri u ludzi tłumaczyłby się w następujący sposób: ryż fermentuje i ulega gniciu w jelicie grubem; wskutek jednostajnego a nieodpowiedniego pożywienia zmniejsza się wydzielanie zaczynów trawiennych, wywołując zaparcie stolca, wskutek czego bakterje jelitowe silnie się mnożą, a ich jady dostają się do krwi. Wywołuje to skurcz drobnych naczyń, pociągając za sobą niedokrwienie układu nerwowego ośrodkowego, a w następstwie tego toksyczne zapalenie nerwów. W dalszym ciągu następuje poraźne rozszerzenie naczyń, które jest przyczyną przesięków do jam surowiczych i w tkankę podskórną. Przypuszczano, że także pleśnie, które łatwo pasorzytują na obłuszczonym ryżu, mogą wywołać takie powolne zatrucie ustroju. Jakkolwiek żaden z zarazków odkrytych w tej chorobie nie okazał się właściwą jej przyczyną, to przecież nie należy wątpić o jej przyrodzie zakaźnej. Do powstania zakażenia trzeba, aby dany osobnik stykał się dłuższy czas z osobą chorą; jeżeli choroba ta nawiedzi jakąś rodzinę, to prawie zawsze nie kończy się na jednej ofiarze, przyczem choroba także i osób silnych nie zawsze oszczędza. Nawroty są częste w ciągu pierwszych lat choroby. Co się tyczy leczenia, to pierwszym warunkiem jest usunięcie chorych ze środowiska, gdzie nabyli beri beri; drugim warunkiem jest zmiana pożywienia, składającego się z ryżu, mięsa, ryb solonych i konserw, na djetę, obfitującą w tłuszcze i cukier. Równocześnie trzeba zwalczać ewentualne zakażenie zimnicze, podtrzymywać czynność serca naparstnicą i zmienić florę jelitową, podtrzymując fermentację mleczną. Dr T. Tempka.

Brau i Marque: **Zakażenie zimnicze półksiężycami (plasmodium falciparum), a nowarsenobenzol.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Chinina nawet w postaci wstrzykiwań jest mało skuteczna przeciw »półksiężycom« pl. falciparum; także i słabsze połączenia arszenikowe, n. p. arrhenol, nie działają skutecznie na te odporne postacie. Natomiast wstrzykiwania śródżylne nowarsenobenzolu i neosalwarsanu bywają nader skuteczne w przypadkach, gdzie półksiężyce są bardzo obfite. Dr T. Tempka.

Suldey: **Prosty sposób przyrządzania połączenia błę-**

kitu Borrela i eozyny dla barwień hematologicznych. (Bull. de la Soc. de path. exoth. 1920, 3). 100 cm³ świeżego nasyconego błękitu Borrela miesza się z 50 cm³ świeżego, wodnego 1% rozczynu eozyny (w razie braku błękitu B. można użyć nasyconego rozczynu błękitu Mansona, jednakże z równą ilością eozyny, względnie nasyconego rozczynu »bleu carbonaté« Stephensa w takim samym stosunku, jak i błękitu B). Następnie wstrząsa się mieszaninę silnie i pozostawia w cieplocie pokojowej na przeciąg 6—12 godzin, poczem sączy się przez mały sączek, zbierając dokładnie cały osad, który suszymy rozkładając sączek. Po dokładnem wysuszeniu zeskrobujemy ostrożnie osad i rozpuszczamy go w 150 cm³ alkoholu 95, 96 lub 90%. Rozczyn pozostawia się niezamknięty przez 48 godzin, przyczem często go się wstrząsa, następnie zlewa się go do flaszki z ciemnego szkła ze szczelnym korkiem. Jeżeli mamy zamiar użyć suchy osad znacznie później, należy go przechować w dokładnie suchem naczyniu. Jest wskazanem zwiększać od czasu do czasu zasadowość barwika przez dodanie 1—2 cm³ błękitu B lub nieco węglanu sodu »in substantia«. Sposób barwienia: Na preparacie krwi nie ustalonym (i nie zbyt starym) rozprowadza się dokładnie 3—5 kropli barwika, pozostawiając go 1—2 minut. Następnie nalewamy na preparat 30—50 kropli wody destylowanej i przez poruszanie szkiełka staramy się jednostajnie rozpuścić barwik (albo też robimy rozczyn barwika w stosunku 1:20 części wody przekroplonej i dokładnie pokrywamy nim szkiełko). Barwiak zostawiamy na preparacie przez 10—15 minut, następnie zmywamy go wodą przekroploną i suszymy preparat. Gdyby preparat nabrał odcienia niebieskawego, wystarcza, aby uzyskać barwę różową, poddać go działaniu 1% rozczynu tanniny przez parę sekund. Dr T. Tempka.

Motais: **Nowe połączenie eozyny z metylenem.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). W małej kolbie rozpuszcza się 1 grm błękitu metylowego i 0·4 eozyny w 40·3 cm³ alkoholu metylowego, poczem dodaje się 80·3 cm³ alkoholu absolutnego i kroplami 3·3 cm³ gliceryny; wreszcie dolewa się płynu Fontany, to jest 3·3 cm³ amoniakalnego rozczynu azotanu srebrowego. (Płyn Fontany przyrządza się w następujący sposób: 1 grm azotanu srebra rozpuszcza się na zimno w 2 cm³ wody przekroplonej; do pewnej części tego rozczynu dodaje się stopniowo amoniaku, mieszając ciągle pręcikiem szklanym: powstaje strąt brunatny, ciemniejący powoli, który następnie szybko się wyjaśnia; z chwilą, kiedy poczyna się wyjaśnianie, dodajemy amoniak bardzo ostrożnie aż do wystąpienia lekkiej opalescencji. Jeżeli natomiast rozczyn staje się przejrzysty, należy dodać pierwotnego rozczynu azotanu srebrowego, aż się uzyska lekką opalescencję). Następnie mieszaninę tę gotujemy 3—4 minuty, dokładnie mieszając, a po oziębieniu przesączamy. Barwik tak uzyskany może być natychmiast użyty. Na nieustalony preparat krwi działamy 15 kroplami barwika najwyżej przez 1 minutę; następnie kładziemy szkiełko preparatem w dół do szalki z 15 cm³ wody przekroplonej i poruszamy nią, aby otrzymać jednostajny rozczyn barwika. Po 5—15 minut zmywamy preparat wodą i osuszamy. Ciałka krwi i pasorzyty zimnicze występują bardzo wyraźnie. Dr T. Tempka.

Mandel: **Heksal-neoheksal.** (Klin. therap. Woch. 1920. 15—16). Autor porównywa na 76 własnych przypadkach działanie tych obu przetworów z działaniem innych środków (cystopuryna, borowertyna, allotropina i t. d.). Okazało się, że te dwa leki, podawane po 2—3 tabliczek trzy razy dziennie po jedzeniu, przewyższają w działaniu wszystkie inne przetwory. Przy alkalicznym moczu wydają heksal i neoheksal przeciwgnilny formaldehyd i zakwaszają mocz. Również dobrze działają przepłukiwania pęcherza 25% rozczynem heksalu i neoheksalu. Poprawiają one nietylko stan pęcherza, ale też usuwają bole pęcherza już w pół godziny po zastosowaniu. J.

Guiart: **Motylica wątrobowa u człowieka.** (Bull. de l'Acad. de med. 1920, 28). Autor opisuje przypadek, dotyczący żołnierza, który podczas pobytu w szpitalu wojskowym podawał, że cierpi na motylicę wątrobową, a po kilkakrotnem ujemnem badaniu stolca był uważany za symulanta. Badanie autora, pierwotnie ujemne, po podaniu kalomelu stwierdziło w wypróżnieniu jaja motylicy wątrobowej. Chory ten był dobrze odżywiony, o bladych błonach śluzowych, skarżył się na ból w okolicy wątroby i niemoc ogólną ze skłonnością do pozostawania w łóżku. Wieczorne wzniesienia ciepłoty dochodziły do 37°—38°. Wątroba nieznacznie powiekszona. Ilość krwinek czerwonych zmniejszona do 3,800.000, białych 8.100, a eozynofilja 10·5% wykluczała wszelką symulację. Autor podnosi ważność podawania kalomelu dla znalezienia jajek w stolcach, gdyż mogą one tkwić i pozostawać w drogach żółciowych. Dr Blassberg (Kraków).

Kirch: **Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny.** (Wien. kl. Woch. 1920, 35). Wstrzykiwanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych jest sposobem pożytecznym, aczkolwiek nie idealnym. Choćby najmniejszy dodatni odczyn gorączkowy, wywołany przez użycie minimalnej dawki tuberkuliny, znacznie mniejszej od zwykłej dawki rozpoznawczej, należy uważać za oznakę czynnej sprawy chorobowej, a niekiedy nawet za jedyną jej oznakę. Dodatni odczyn na minimalne dawki tuberkuliny występuje tylko w pewnych postaciach gruźlicy »nadwrażliwej« wobec tuberkuliny. W tej postaci może tuberkulina wyjaśnić przypadki przebiegające ze stanem podgorączkowym. W każdym razie wrażliwość na minimalne dawki tuberkuliny wskazuje na konieczność leczenia. Dr Blassberg (Kraków).

T. Mironesco: **Zapalenie gardła a płonica.** (Presse méd. 1921, 18). W rozpoznawaniu różniczkowem zachodzą wielkie trudności w odróżnianiu poronnych postaci płonicy od rumieni podobnych do płonicy. Spostrzeżenia autora dowodzą, że bardzo cennym w takich przypadkach jest objaw, opisany przez Schultza i Charltona. Polega on na tem, że wysypka u chorych na płonicę znika na pewnej przestrzeni dookoła punktu, w którym wstrzyknie się śródskórnie 1 cm inaktywowanej surowicy chorego na jakąkolwiek inną chorobę niepłoniczą lub surowicy z ozdrowieńca po płonicy. Natomiast surowica chorych na płonicę nie wywołuje zniknięcia wysypki płoniczej na obwodzie punktu wstrzyknięcia. Inne wysypki zakaźne, jak n. p. odrowa, nie zachowują się tak samo jak płonicza. Próba ta umożliwia też wykrywanie przypadków płonicy, przejawiających się samem zapaleniem gardła, bez wysypki, przez wstrzykiwanie śródskórne surowicy tych chorych, chorym dotkniętym płonicą i śledzenie odczynu. Autor używał do tych badań krwi chorego, dotkniętego porażeniem połowiczem. Dr Blassberg (Kraków).

Jarno i Heks: **O chemizmie żołądka na czczo.** (Wien. kl. Woch. 1920, 27). Prawidłowy przewód pokarmowy nie pozostaje także na czczo w stanie spoczynku, lecz u ludzi, podobnie jak to wykazał na psach Boldyreff, zachodzi w żołądku i jelitach okresowa czynność, przedzielana przerwami. Kruczenie najprawdopodobniej odpowiada stanowi czynnemu żołądka na czczo i wówczas żołądek bywa próżny. Po ustąpieniu kruczenia może żołądek prawidłowy zawierać na czczo pewną ilość wydzieliny trawiennej z kwasem solnym. Różnica w zdaniach autorów co do tego, czy na czczo żołądek zawiera treść, czy nie, zależeć musiała od tego, czy badano żołądek w okresie czynności, czy w spoczynku. Przy sokotoku żołądkowym zawiera żołądek stale treść z kwasem solnym i wskutek tego nie może dojść do okresu czynnościowego na czczo. Dlatego do znamion sokotoku żołądkowego należy brak występowania burczenia w żołądku. Badania swe przeprowadzili autorowie w klinice budapeszteńskiej Koranyiego na 13 osobach. Dr Blassberg (Kraków).

A. Robin: **Azot białkowy w surowicy krwi chorych dotkniętych rakiem.** (Bull. de l'Acad. de méd. 1920, 28). Według badań autora w surowicy krwi chorych, dotkniętych rakiem, białko znajduje się w nadmiernej ilości. Badania te pozostają w sprzeczności z dawniejszemi badaniami Hoppe-Seylera, Askanazyego, Strauera, Stinzinga i Gumprechta, Grawitza i innych stwierdzającemi, że ilość substancyj białkowatych w przebiegu raka jest obniżona. Dr Blassberg (Kraków).

Sir James Mackenzie: **Samoistny rytm komorowy i teorja zaburzenia odruchów.** (The Lancet Nr 14, April 2, 1921). Na podstawie systematycznego i wytrwałego badania objawów chorobnych Mackenzie wytworzył sobie pogląd, że zaburzenia odruchów są najważniejszym czynnikiem w powstawaniu całego szeregu objawów[1]). Teorja ta znajduje między innemi zastosowanie do tych postaci niemiarowości, które mają swoją przyczynę nie w pierwotnem zaburzeniu czynnościowem przedsionków, ale samych komór. Na wstępie opisuje M. 4 takie przypadki, z których jeden z tętnem naprzemiennem i dusznicą bolesną zakończył się śmiercią. W przypadkach tych niemiarowość tętna występowała okresowo w postaci napadów, którym towarzyszyło zawsze uczucie duszności przy każdym wysiłku i nadto u 2 chorych uczucie silnego bólu w klatce piersiowej poza mostkiem. Skurcze dodatkowe komór, będące przyczyną niemiarowości, występowały pojedynczo lub większemi serjami. Prócz tego stwierdzano tylko lekkie rozszerzenie serca i w jednym

[1]) Teorję tę Mackenzie rozwinął szerzej w dziele p. t. »Symptoms and their interpretation«. (IV ed. London 1920 str. 331) oraz w art. »The theory of disturbed reflexes in the production of symptoms of disease«. (Brit. Med. Jour. 1921). Co do sposobu badania objawów, por. sprawozdanie w Nrze 3 »Przegl. lek.« 1921 (przyp. spraw.).

przypadku szmer skurczowy. Pod wpływem naparstnicy, z wyjątkiem jednego przypadku (p. alternans), niemiarowość, duszność i bóle znikały. Krzywe tętna żylnego i sprychowego oraz elektrokardjogramy wyjaśniają istotę sprawy i dowodzą, że źródłem cierpienia jest samoistny skurcz dodatkowy komór. Skurcz przedsionków występuje w prawidłowych odstępach, natomiast tętno tętnicy sprychowej jest bardzo zmienne co do charakteru i rytmu. Objawy kliniczne tej postaci niemiarowości, ból i duszność przy wysiłku, przyczem duszność jest zawsze najważniejszym objawem niedomogi serca, tłomaczy autor zaburzeniem odruchów: oddechowego i trzewnoczuciowego (viscero-sensory). Pierwszy z nich ulega zaburzeniu wskutek nieodpowiedniego zaopatrzenia układu oddechowego w prawidłową krew; co się tyczy drugiego, to na podstawie niektórych objawów można sądzić, że punktem wyjścia zaburzenia odruchu jest nieprawidłowy bodziec w samym mięśniu sercowym, przypuszczalnie jego znużenie.

Teorja zaburzenia odruchów rzuca zupełnie nowe światło na działanie naparstnicy i innych leków sercowych. Dawniej sądzono, że naparstnica zwalnia każde przyspieszone tętno. W r. 1916 wykazał Mackenzie, że działanie to występuje tylko u osób z tętnem niemiarowem, zwłaszcza przy t. zw. migotaniu i trzepotaniu przedsionków, jednakże przyczyny tego zjawiska nie można było wytłomaczyć. Obecnie wiemy, że w większości przypadków przyspieszone tętno jest następstwem szkodliwego wpływu czynników chorobotwórczych na odruchy serca. Tak n. p. w zapaleniu płuc, grypie, odrze, przyspieszona czynność serca jest w związku z zatruciem pewnych części łuku odruchowego toksynami i wskutek tego naparstnica pozostaje bez wpływu. Tymczasem przy migotaniu przedsionków i samoistnym rytmie komorowym naparstnica zwalnia tętno, ponieważ łuk odruchowy nie jest uszkodzony, a przyspieszenie czynności serca ma zgoła odrębną przyczynę. Po krótkich uwagach, dotyczących sposobu działania naparstnicy w obu tych postaciach niemiarowości, omawia M. w końcu rokowanie. Zasadniczo żaden objaw fizyczny, stwierdzany badaniem, nie może służyć sam przez się za miarę sprawności czynnościowej serca i za podstawę dla rokowania. Najważniejsze wskazówki w tym względzie dają zawsze objawy podmiotowe: uczucie duszności i bólu, występujące przy najmniejszym wysiłku. Samoistny rytm komorowy sam przez się może nie być objawem groźnym. Jednakże w połączeniu z innem schorzeniem serca (n. p. z tętnem naprzemiennem) utrudnia mu pracę i stan chorego pogarsza. K. Rozenfeld.

D. S. Brachman: **O migotaniu przedsionków na podstawie 400 spostrzeżeń**. (The Lancet 8 Febr. 19, 1921). Drżenie włókienkowe czyli migotanie przedsionków należy do najczęściej spotykanych w klinice postaci niemiarowości. W »National-Hospital« dla chorych sercowych autor spostrzegał je u 25% ogólnej liczby chorych. Najmłodszy chory miał lat 16, najstarszy 76. Meżczyzn 220, kobiet 180. Najczęstszą chorobą poprzedzającą był gościec stawowy — 39%. W 19% przypadków nie stwierdzono ściśle określonej choroby. W 10 przypadkach była choroba Gravesa. Choroby serca, będące źródłem tej niemiarowości, idą w następującym porządku: zwężenie zastawki dwudzielnej 37%, pierwotne zapalenie mięśnia sercowego 37%, niedomykalność zastawki dwudzielnej 18%, zmiany z. dwudzielnej i z. tętnicy głównej 6·7%, zmiany z. tętnicy głównej 1·4%. Istota migotania polega na tem, że zamiast »skoordynowanego« skurczu mięśni przedsionka występują niewspółrzędne skurcze poszczególnych włókien mięśniowych. Pojedyncze bodźce, przechodząc wzdłuż układu przenośnego na komory serca, wywołują skurcze w najwyższym stopniu nierównomierne i nieprawidłowe. Ponieważ słabszym skurczom lewej komory nie towarzyszy napełnienie tętnic obwodowych, spostrzegamy tutaj znaczną różnicę między liczbą uderzeń serca i fal tętna na t. sprychowej. Objaw ten łącznie z bezładem rytmu oraz poprzecznem rozszerzeniem serca należy do najstalszych i najważniejszych objawów migotania przedsionków, łatwo dających się stwierdzić bez użycia poligrafu i elektrokardjografu. Bezład rytmu bywa jeszcze spostrzegany przy skurczach dodatkowych przedsionkowych i zatokowoprzedsionkowym bloku sercowym. Ścisłe wyodrębnienie tych spraw wymaga koniecznie pomocy przyrządów.

Badania pośmiertne dowodzą, że migotanie przedsionków powstaje prawie zawsze na tle zmian organicznych, głównie zwyrodnienia włóknistego ich mięśni. Jeżeli mięsień komór jest również zmieniony, rokowanie staje się poważne, albowiem zwiększenie liczby skurczów serca zmniejsza jego sprawność i wyczerpuje je ostatecznie. Im większa jest różnica między liczbą uderzeń serca i fal tętna, zwłaszcza pod wpływem wysiłku lub wzruszenia, tem rokowanie jest gorsze. Migotanie przedsionków może wystąpić przejściowo w postaci napadu częstoskurczu (tachycardia paroxysmalis) i trwać kilka minut lub dni, poczem czynność serca wraca do stanu prawidłowego. Najczęściej jednak stan ten przybiera charakter stałej niemiarowości tętna i trwa do końca życia chorego. Główne zadanie leczenia polega na zmniejszeniu liczby skurczów serca do 65—80 na minutę. Najlepszym środkiem jest naparstnica, którą początkowo stosuje się w dawkach dużych aż do osiągnięcia mniej więcej 50 skurczów. Następnie po czasowej przerwie stosuje się naparstnicę w dawkach małych, stopniowo zwiększanych. Dawkę ostateczną, zależną od okoliczności, można podawać nieskończenie długo. Pomyślny wpływ naparstnicy tłomaczy się częściowem porażeniem pęczka Hisa, wskutek czego mniejsza ilość bodźców przechodzi do komór. Bardzo ważnym czynnikiem leczniczym jest fizyczny i duchowy spokój. K. Rozenfeld.

Lewis: **O istocie trzepotania i migotania przedsionków** (Dwa wykłady w Królewskiem Kolegjum lekarskiem). (The Lancet 1921, 16. i 17. April 16. i 23.). Trzepotanie (flutter) przedsionków w dzisiejszem znaczeniu tego wyrazu było opisane dokładnie po raz pierwszy przez Hertza i Goodharta z 1909 r. Przy tem zaburzeniu liczba skurczów przedsionka dochodzi do 240—350 na minutę, przyczem skurcze są prawidłowe i równomierne. Trzepotanie może występować okresowo w postaci krótkich napadów albo też trwać nieprzerwanie w ciągu miesięcy i lat. Pod wpływem większych dawek naparstnicy trzepotanie przeistacza się często w pokrewną postać niemiarowości, zwaną migotaniem (fibrillation). W tej drugiej postaci czynność przedsionka jest o 50% szybsza i liczba skurczów może przewyższać 450 na minutę. Skurcze są bardzo nierównomierne i ciągła zmiana wahań na krzywej elektrograficznej jest tutaj prawidłem. Dopóki badania nad trzepotaniem przedsionków nie wybiegały poza ramy spostrzeżeń klinicznych, wytłomaczenie istoty tego zaburzenia sprawiało olbrzymie trudności. Dopiero prace doświadczalne z ostatnich lat kilku, przyczem powiodło się pod wpływem prądów indukcyjnych wywołać u psów sztuczne trzepotanie przedsionka i otrzymać odpowiednie zdjęcia elektrokardjograficzne, pozwoliły wniknąć głębiej w istotę zachodzących tu zjawisk. W obu wykładach przedstawia autor sumarycznie wyniki własnych na tem polu doświadczeń.

Na wstępie opisuje L. niektóre właściwości pobudzenia i skurczu mięśni przedsionka u psów w warunkach prawidłowych. Fala pobudzenia i skurczu, rozpoczynając się w punkcie podrażnionym, szerzy się kolisto wzdłuż całej powierzchni mięśnia przedsionka aż do jego granic. Po przejściu tej fali mięsień pozostaje przez pewien czas w stanie odrętwienia czyli odporności (refractory state) i przed zupełnem odzyskaniem równowagi pod wpływem nowych bodźców nie może być wprawiony w stan skurczu. W warunkach prawidłowych okres odrętwienia u psa trwa od $^1/_5$ do $^1/_{10}$ sek., a więc prawie tyle, ile poprzedzający skurcz mięśnia. Znane doświadczenie na krążku mięśniowym (ring experiment — Mayer, Mines i Garrey) dowodzi, że podrażnienie pewnego punktu w dolnym kwadrancie (odcinku) krążka wywołuje dwie fale pobudzenia i skurczu, posuwające się z wielką szybkością ku górze w dwóch rozbieżnych kierunkach i spotykające się w najwyższym przeciwległym punkcie górnego odcinka. Wskutek spotkania się tych fal następuje koniec pobudzenia i skurczu, które wywołał pojedynczy bodziec. Po krótkim okresie odrętwienia krążek mięśniowy wraca do równowagi w tym samym porządku, w jakim przebiegał pierwotny skurcz mięśnia. W pewnej chwili przy trwającym jeszcze skurczu górnego odcinka, dolny odcinek po chwilowym wypoczynku może być pobudzony ponownie. Zjawiska te powtarzają się w krążku mięśniowym systematycznie przy stosowaniu powolnych bodźców rytmicznych o przerwach, pozwalających na wypoczynek i odnowę mięśnia. Jeżeli jednak ilość bodźców na minutę się zwiększa i przerwy między niemi są małe, wówczas poszczególne bodźce z powodu odrętwienia mięśnia pozostają bez żadnej odpowiedzi albo wywołują pobudzenie, które nie może szerzyć się ze zwykłą swobodą w rozmaitych kierunkach. Od czasu do czasu udaje się stwierdzić, że zamiast dwóch fal rozbieżnych, które ostatecznie spotykają się na przeciwnym biegunie i wzajemnie znoszą, powstaje tylko jedna fala. Jeżeli w takiej chwili przerwiemy raptownie podrażnienie krążka mięśniowego, fala ta posuwa się dalej po jego obwodzie i wraca do punktu, podrażnionego pierwotnie. Nie znajdując na swej drodze przeszkody, fala ta odbywa ponownie swą okrężną wędrówkę i tak dalej w ciągu minut, a nawet godzin[1]). Otóż ta

[1]) W jednem spostrzeżeniu klinicznem trzepotanie trwało bez przerwy lat 7. Przypuszczać można, że była to jedna i ta sama stale wirująca fala.

pojedyncza fala, krążąca wokoło, stanowi podstawę trzepotania eksperymentalnego u psów i klinicznego u ludzi.

Przy trzepotaniu przedsionka u psa pojedyncza fala pobudzenia i skurczu krąży stale dokoła wpustu żyły głównej górnej i częściowo w mięśniu, leżącym między tym otworem i ujściem żyły głównej dolnej. Może ona również okrążać oba ujścia żył głównych i czasami zapewne otwór przedsionkowokomorowy. U człowieka szybkość trzepotania wynosi 240—350 skurczów na minutę, u psa 345 do 580. Jeżeli przyjmiemy, że szybkość prądu fali jest jednakowa w przedsionku człowieka i psa, różnica częstości skurczów tłomaczyć się musi różną wielkością narządu. Przy trzepotaniu 240 na minutę, czas trwania pojedynczego skurczu (cyklu) okrężnego wynosi 0·25 sekundy, przy 350 skurczach = 0·17 sekundy. Ponieważ przypuszczalnie szybkość fali skurczowej przy trzepotaniu dochodzi do 500 mm na sekundę, obwód koła, przebytego przez falę okrężną, będzie wynosić w przypadku pierwszym 125 mm, w drugim 85 mm. Średnice tych kół będą miały 4 i 2·7 cm, co przewyższa niewiele średnice głównych otworów przedsionka. Oczywiście obliczenie to służy poniekąd za dowód, że i u człowieka przy trzepotaniu przedsionka mięsień dokoła wpustu żył głównych stanowi główną drogę, po której biegnie macierzysta fala skurczowa.

Przy migotaniu częstość skurczów przedsionka u człowieka dochodzi do 450 na minutę. Prawdopodobnie w przedsionku skłonnym do migotania okres odrętwienia mięśnia jest nieco krótszy. Czas trwania obiegu fali = 0·13 sekundy, obwód drogi okrężnej 66 mm, średnica nieco więcej od 2 cm. Widzimy zatem, że przy migotaniu droga fali okrężnej jest krótsza i obejmuje ściślej, niż przy trzepotaniu, główne otwory przedsionka. Sama fala jest w wysokim stopniu nieprawidłowa, wije się szlakiem zazębionym i powyginanym.

Zadaniem przyszłych badań powinno być wynalezienie środka, któryby zdołał przedłużyć okres odrętwienia mięśnia i zamknąć przerwę między grzebieniem fali skurczowej nadchodzącej i śladem ustępującej. Zamknięcie tej szczeliny, będącej zasadniczym warunkiem wirującego ruchu fali skurczowej, stanowiłoby o wyleczeniu migotania i trzepotania przedsionków [1]).

K. Rozenfeld.

Mc Nair Wilson: **Znaczenie przyspieszonej czynności serca.** (The Lancet 1920, 3). Podczas ostatniej epidemji grypy spostrzegano w pewnej liczbie przypadków w okresie zdrowienia przyspieszenie tętna do 90—110, rzadziej 120 i więcej. Pod wpływem wysiłku tętno dochodziło nawet do 160. Podskórne wstrzyknięcie atropiny — $^1/_{33}$ grm — wywoływało przyspieszenie o 20—25 uderzeń na minutę. Wobec tego mogłoby się zdawać, że nerw błędny jest w zupełnym porządku. Tymczasem cały szereg doświadczeń, polegających na stosowaniu głębokiego wdechu i zatrzymywaniu powietrza, oraz na wstrzykiwaniu śródżylnem bardzo małych dawek atropiny — $^1/_{200}$ grm, przekonał autora, że przyspieszona czynność serca jest następstwem nadmiernie wzmożonej pobudliwości nerwu błędnego. Omawiając bliżej jego działanie, zaznacza autor, że nerw ten nie tylko hamuje czynność serca w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, ale raczej zwiększa jego pracę. Pobudzenie bowiem nerwu błędnego przedłuża okres rozkurczu (»nerve of diastole«), przyczynia się do lepszego napełnienia komór i pośrednio zmusza serce do większego wysiłku podczas skurczu. Jeżeli dla jakichkolwiek powodów serce nie może uporać się z nadmiarem krwi w pojedynczym skurczu, wówczas na to pobudzenie odpowiada przyspieszeniem swojej czynności. Zjawisko to ma wówczas charakter wyrównawczy i jest niezbędne dla utrzymania prawidłowego krążenia. Innemi słowy, nadmierne pobudzenie nerwu błędnego może mieć te same następstwa, co i zupełne zahamowanie jego czynności wskutek atropiny. Ponieważ przyspieszenie czynności serca spostrzegano oprócz grypy także w następstwie innych chorób zakaźnych, n. p. czerwonki, zimnicy, gorączki okopowej, przeto autor sądzi, że to swoiste podrażnienie nerwu błędnego następuje pod wpływem toksyn. Rzecz charakterystyczna, że w niektórych przypadkach przyspieszenie czynności serca, jako objaw wyrównawczy, wpływa dodatnio na samopoczucie chorego.

K. R.

Chirurgja.

D. W. Buxton: **Psychologja uśpienia.** (The Lancet, 1921, 1). Podług ogólnego mniemania człowiek w stanie bezczułości i głębokiego uśpienia (narcosis) przypomina żabę ze zniszczonym mózgiem. Świadomość ginie, pozostają tylko funkcje zwierzęce, niezbędne do utrzymania życia, ale i one usuwają się z pod wszelkiego wpływu i kontroli wyższych ośrodków mózgowych. Pogląd ten podług autora nie jest ścisły i ze względów teoretycznych i praktycznych wymaga koniecznie sprostowania. Niektóre fakty, spostrzegane w czasie uśpienia, oraz analogja z urazami mózgu i rdzenia nasuwają przypuszczenie, że bezczułość następuje wcześniej od zupełnej utraty świadomości. Zależnie od rodzaju środka usypiającego (chloroform, eter, tlenek azotu) i głębokości uśpienia pozostaje pewien stopień podświadomości albo »czuwania ośrodków« (»awareness« — termin proponowany przez Heada). Na mocy długoletniego doświadczenia stwierdza autor, że pewna kategorja osób, szczególnie żołnierze, trudno poddaje się wpływowi środków odurzających. W okresie zasypiania i podczas operacji występują u nich dziwne i gwałtowne objawy niepokoju i wyładowania energji, którym mogą towarzyszyć niebezpieczne dla życia zaburzenia oddychania i krążenia. Tesame objawy spostrzegał autor u neurasteników, u osób ze skłonnościami neuropatycznemi, u dzieci i alkoholików. Właściwości temperamentu u osób z niezrównoważonym układem nerwowym przejawiają się w głębokiem uśpieniu nawet przy zupełnym braku świadomości. Zjawiska te wyjaśnia najlepiej teorja psychoanalizy, jako pewnego rodzaju samoobronę albo wskrzeszenie instynktów filogenetycznych oraz skłonności, tłumionych i hamowanych podczas stanu czuwania. Ciężka choroba, uraz, uśpienie — z powodu braku kontroli — wyzwala stany podświadome z krępujących je więzów i daje swobodne ujście nagromadzonej energji. Za ważny przyczynek do poznania stanu duchowego uśpionych uważa autor ich marzenia senne. Treść snów, ich zabarwienie uczuciowe (sny przyjemne, przykre, straszne, erotyczne) zależą nietylko od tła neuropatycznego, ale i od rodzaju środka usypiającego. Czasami pozostawiają sny głęboki ślad w sferze podświadomej i powracają w tej samej postaci przy ponownych próbach uspienia lub w okolicznościach zbliżonych. Ponieważ u osób usposobionych do chorób nerwowych, w okresach burzliwego podniecenia ruchowego w czasie uśpienia mogą występować ciężkie powikłania oddechowe i cyrkulacyjne, sprawa nabiera ważnego znaczenia ze stanowiska profilaktyki. Przed uśpieniem trzeba zwrócić uwagę nietylko na serce chorego, ale również na stan umysłu i nerwów. Konieczne jest odpowiednie przygotowanie chorego, uspokojenie, rozproszenie obaw. Ważnym czynnikiem jest zapewnienie choremu snu w nocy, poprzedzającej operację. Na godzinę przed rozpoczęciem uśpienia powinna być wstrzyknięta morfina (0·01), najlepiej w połączeniu ze skopolaminą lub atropiną. Wstrzyknięcie samej morfiny bezpośrednio przed operacją najczęściej mija się z celem. Przy usypianiu chorego powinien być wyłączony pośpiech. Rozpoczęcie operacji przed osiągnięciem zupełnej bezczułości naraża na szwank cały przebieg uśpienia: występują wymioty i inne zaburzenia ze strony nerwu błędnego. Objawy te, trudne do opanowania i będące w związku z oddziaływaniem sfery podświadomej, czasami odbijają się ujemnie na późniejszym stanie umysłowym chorego.

K. R.

Prof. A. A. Friedlander: **Hypno-narcosis.** (Deutsche Revue 1921, III, podług lead. art. w The Lancet 1921, 16). Na wstępie przypomina autor, że jeszcze przed odkryciem środków usypiających James Esdaile (1845) pierwszy wykonywał w Indjach operacje bezbolesne w t. zw. stanie mesmerycznym (mesmerismus). Prawie w tym samym czasie James Braid (1795—1860), chirurg z Manchester, któremu nauka zawdzięcza wyraz — hipnotyzm, stosował uśpienie hipnotyczne przy wykonywaniu drobnych zabiegów chirurgicznych. Wskutek niemal równoczesnego odkrycia tlenku azotu (1844), eteru (1846) i chloroformu (1847) spostrzeżenia Esdailea i Braida poszły w zapomnienie. Na podstawie osobistego doświadczenia (od 1905 r.) doszedł prof. F. do wniosku, że połączenie snu hipnotycznego z uśpieniem eterowem lub chloroformowem oddaje wielkie usługi w praktyce. Lekka hipnoza w okresie przygotowawczym rozprasza obawy i uspokaja chorych. Bezpośrednio przed operacją rozpoczyna się właściwa hipnoza, poczem stosuje się powoli środek usypiający. Po skończonej operacji, — chorego, który budzi się raczej ze snu, niż z uśpienia, hipnotyzuje się ponownie. Przy takiem postępowaniu, jak twierdzi F., ilość środka usypiającego wynosi zaledwie $^1/_3$—$^2/_5$ dawki, stosowanej zwykle, wpływ toksyczny jest znacznie mniejszy i powikłania bardzo rzadkie. Sposobem tym można posługiwać się również w praktyce położniczej. Leczenie hipnotyczne pooperacyjne, polegające na wywoływaniu snu długiego w ciągu godzin, a nawet dni całych, ułatwia wykonywanie różnych zabiegów, forsowne odżywianie i, co najważniejsze, za-

[1]) Liczne diagramy i elektrokardjogramy, podane w tej pracy, ułatwiają zrozumienie poglądów autora. Niektóre szczegóły, jak n. p. rozdział o wpływie przyspieszonej czynności serca na okres odrętwienia mięśnia, nie nadają się do krótkiego streszczenia. (Przyp. spraw.).

pewnia choremu fizyczny i duchowy spokój. Oczywiście przy każdym oddziale chirurgicznym powinien być lekarz, obznajmiony z zasadami psychoterapji. K. R.

D'Arcy Power. **Etjologja raka języka.** (Wykład kliniczny). (Podług ref. w The Lancet, 1919, 2). Rak języka jest właściwie chorobą czasów nowożytnych, nieznaną bliżej lekarzom rzymskim, greckim i arabskim. Pierwsza dokładniejsza wzmianka o tej chorobie pochodzi z XVII wieku (1634). Od tego czasu ilość spostrzeżeń stale wzrasta i obecnie rozpowszechnienie się raka języka i śmiertelność chorych zwraca uwagę lekarzy (Stevenson). Chcąc wytłomaczyć przyczynę tego zjawiska, autor rozważa wpływ różnych czynników, które mogły oddziaływać silniej w czasach nowożytnych i przedewszystkiem zatrzymuje się na próchnieniu zębów. Jednakże porównawcze badania czaszek romańskich z okresu przedhistorycznego i czaszek angielskich z ostatnich lat 200 dowodzą, że pod względem ilości zębów spróchniałych niema między niemi zasadniczej różnicy. Po wyłączeniu tego czynnika, omawia autor szczegółowo wpływ kiły i przytacza dane, dotyczące 169 przypadków raka języka, spostrzeganych od r. 1909 do 1916 w szpitalu św. Bartłomieja w Londynie (160 mężczyzn i 9 kobiet). Większość tych chorych przechodziła w swoim czasie kiłę (93 m. i 4 kob.). Autor dochodzi do wniosku, że kiła, zwłaszcza przy niedość energicznem leczeniu rtęciowem, jest niewątpliwie czynnikiem, usposabiającym do rozwoju raka języka. Prócz tego musi tu wchodzić w grę czynnik, który u mężczyzn oddziaływa silniej, niż u kobiet (stosunek częstości = 1:18). Czynnikiem tym jest zapewne palenie tytoniu, które wprowadzone zostało w końcu XVI wieku i stopniowo stało się prawie powszechnym zwyczajem u mężczyzn. Gryzący wpływ dymu (nikotyna) łączy się tutaj ze szkodliwem dla tkanki języka działaniem podwyższonej ciepłoty. Bezpośredniej przyczyny choroby dotychczas nie znamy, występuje ona bowiem, aczkolwiek rzadko, u niektórych zwierząt domowych (koty, konie, psy). W celu zapobiegawczym poleca autor: energiczne leczenie kiły w okresach początkowych; chorzy tacy powinni unikać palenia tytoniu, picia trunków i dbać o całość swych zębów. Odczyt D'Arcy Powera wywołał dyskusję na łamach Lanceta. W szeregu korespondencji (Curtis, Petty, Ackerley, Davies) wypowiedziano zdanie, że do czynników, sprzyjających powstawaniu raka języka, można również zaliczyć picie zbyt gorącej herbaty. K. Rozenfeld.

H. C. Ross: **Niepojawianie się raka w krajach polarnych.** (The Lancet. 1919, vol. I. March 29). Stefansson, uczestnik wyprawy do krajów polarnych, podaje, że Eskimosi nigdy nie chorują na raka. Tosamo stwierdzili już dawniej lekarze, pracujący w ciągu całych lat na dalekiej północy (nad rzeką Yukon). Panum w połowie zeszłego wieku wypowiedział pogląd, że w południowej Grenlandji rak nie zdarza się wcale albo wyjątkowo rzadko. Zastanawiając się nad możliwemi przyczynami tej odporności na raka, rozważa autor wpływ czynników rasowych, djetetycznych i klimatycznych i dochodzi do wniosku, że tylko czynniki klimatyczne mogłyby być brane w rachubę. Z powodu wielkich mrozów niema drobnoustrojów saprofitycznych i nic na otwartem powietrzu nie gnije. Niema tam również chorób, które w klimacie naszym przypisujemy wpływowi przeziębienia. K. R.

E. I. Spriggs **Wyrostek robaczkowy w świetle badań radjograficznych.** (The Lancet, 1919, vol. I, 3). Autor opisuje szczegółowo metodykę badania oraz wyniki, otrzymane przy prześwietleniu 300 wyrostków robaczkowych. W olbrzymiej większości przypadków otrzymywał autor obrazy wyraziste i dokładne po uprzedniem przeczyszczeniu jelit ol. rącznikowym i wprowadzeniu do żołądka papki kontrastowej, składającej się z siarczanu barowego i maślanki. Cień wyrostka był najlepiej widoczny po 12—14 godzinach. Wyrostek prawidłowy wypełnia się i opróżnia prawie jednocześnie z kątnicą. Ruchy wyrostka są żywsze u ludzi młodych, niż u starych; u młodych wypełnia się on i opróżnia wielokrotnie, chociaż kątnica pozostaje wciąż pełną. Odsetek przypadków, w których siarczan barowy nie przedostaje się wcale do wyrostka, jest bardzo mały. Radiografia nie nadaje się do badania ostrych zapaleń wyrostka, natomiast w zapaleniach przewlekłych, przy istnieniu dłużej trwających i nieokreślonych bólów w jamie brzusznej, oddaje ona w rozpoznaniu rzetelne usługi. Trzeba zwracać uwagę na sposób i czas wypełniania się i opróżniania wyrostka, na jego kształt, położenie, ruchomość, obecność ciał obcych i złogów. Stałe skurczenia lub kurcz (spasmus) świadczą zawsze o sprawie zapalnej czynnej. Jeżeli położenie wyrostka jest zawsze to samo, a zabiegi ręczne nie wywołują w położeniu tem zmiany, możemy być pewni, że przyczyną nieruchomości są zrosty. Chcąc otrzymać wyniki pewne, należy badanie wyrostka powtórzyć kilka razy w rozmaitych odstępach czasu. W końcu opisuje autor 36 przypadków, w których wyniki badania radiograficznego potwierdziła późniejsza operacja. Doskonałe ryciny ilustrują pracę, którą redakcja »Lanceta« uważa za najlepszą na polu radiografji wyrostka w piśmiennictwie angielskiem. K. R.

Choroby skórne i weneryczne.

Schreiner: **O leczeniu ciałami proteinowemi, ze szczególnem uwzględnieniem kiły.** (Wien. klin. Woch. 1920, 34). Autor wychodzi z założenia, iż wprowadzenie ciał proteinowych do ustroju pobudza go do wytwarzania większej ilości ciał obronnych oraz przygotowuje ustrój do lepszego i łatwiejszego przyjmowania ciał leczniczych. Leczył on dwa przypadki gruźlicy skóry dożylnem wstrzykiwaniem peptonu, stosując równocześnie naświetlania lampą kwarcową. Po ośmiu tygodniach zmiany prawie wszystkie ustąpiły pomimo, iż zmiany na błonach śluzowych były już daleko posunięte. W leczeniu kiły stosowanie salwarsanu nie zabija krętków w głębi tkanek z powodu trudnych warunków dostania się tam leku. Dlatego też stosuje autor w kile pepton, który pobudza ustrój do większej samoobrony; poza tem ciała peptonowe mają tę własność w przeciwieństwie do ciał kolloidalnych, iż łatwiej przechodzą przez tkanki zwierzęce, porywając z sobą substancje lecznicze. Autor leczył w 20 przypadkach kiły samemi wstrzykiwaniami peptonu i doszedł do przekonania, że nawroty o wiele później występują, niż przy leczeniu rtęcią i salwarsanem; najlepsze jednak wyniki miał, kombinując leczenie salwarsanem i peptonem. Co do zachowania się odczynu Wassermanna przy tem leczeniu niema autor jeszcze dokładnych wyników. Dr M. Krenglówna.

Stein: **O rozpoznaniu różniczkowem między grzybem drobnozarodnikowym, a grzybkiem strzygącym skóry głowy owłosionej.** (Wien. klin. Woch. 1920, 34). Wskutek wojny grzybica drobnozarodnikowa włosów, która w Austrji prawie nie istniała, przeniesiona została do Austrji ze Szwajcarji przez dzieci, które wysyłano tam dla poratowania zdrowia. Dzieci te, powróciwszy do kraju, stały się źródłem zakażenia. Grzybek drobnozarodnikowy odróżnia się od grzybka strzygącego a) w obrazie klinicznym, b) w drobnowidowym, c) w hodowli. Obraz kliniczny jest następujący: wykwit okrągły na głowie średnicy 4—5 cm, jak gdyby pozbawiony zupełnie włosów, pokryty szarym pyłem; miejsce to łuszczy się bardzo silnie, brak wszelkich objawów zapalnych. Włosy istnieją, ale bardzo małe, mniej więcej na tej samej wysokości ułamane. Obok pierwotnej zmiany widać kilka młodszych zmian rozmaitej wielkości, zlewających się ze sobą. Grzybek drobnozarodnikowy nie trzyma się tylko skóry owłosionej, przechodzi często na skórę szyi; wykwity te, na obwodzie nieco wyniosłe, w środku łuszczące się; brak nacieków, brak pęcherzyków i guzków. Grzybek strzygący wytwarza wykwit owalny: na obwodzie znaczna ilość pęcherzyków ropnych, gdzieniegdzie strupy, trudno dające się usunąć; nie wszystkie włosy w tym obrębie są chore, niektóre sterczą zupełnie nie zmienione; chore zaś włosy są niewidoczne, gdyż są ułamane przy ujściu torebki włosowej. Rozpoznanie drobnowidowe jest łatwe: jeden włos chorego na grzybek drobnozarodnikowy wystarcza wziąść pod drobnowid, aby zobaczyć niezliczoną ilość zarodników i micelji. Włos wygląda, jakby był w manszecie, który składa się z samych zarodników małych okrągłych; w samym włosie zarodników niema, natomiast w powierzchownych warstwach znajdujemy micelje. Grzybek strzygący zachowuje się zupełnie inaczej, zależnie od szczepu, który wywołał chorobę (endothrix i ectothrix). Hodowlą grzybków lekarz praktyk zajmować się nie może; do tego trzeba specjalnych badań, by módz poznać najdrobniejsze różnice. W końcu zwraca autor uwagę na leczenie chorób grzybkowych skoncentrowanym perhydrolem, który ma lepiej działać, niż nalewka jodowa, ponieważ ma własność wnikania w głąb i niszczenia tam zarodków choroby. Dr M. Krenglówna.

Vörner: **Organotropja krętka bladego.** (Med. Klinik, 1920, 44). Pod organotropją rozumie autor własność pewnych szczepów krętka wytwarzania w pewnych tylko narządach zmian kiłowych. Już dawni lekarze twierdzili, iż kiła układu nerwowego zostaje wywołana przez szczepy zarazka, które działają tylko na tkankę nerwową. Potwierdza to doświadczenie; gdy zwykła kiła leczy się pod wpływem rtęci, to na zmiany kiłowe w tkance nerwowej środek ten nie działa. Autor przypomina przypadki Brosiusa: u kilku robotników, którzy z jednego źródła zakazili się kiłą, po kilkunastu latach powstały zmiany w układzie nerwowym; również Morrel, Lavallee podają kilka takich przypadków. Inni autorowie spostrzegali chorych z tej samej rodziny, u których kiła wystąpiła tylko w pewnych narządach.

Autor sądzi więc, iż wystąpienie kiły zależy nietylko od jadowitości krętka, ale także od wrażliwości tkanek na działanie krętka. Organotropja krętka występuje wtedy, jeżeli szczep znalazł sobie w pewnym narządzie stosowne podłoże, występuje zaś u drugiego osobnika w tym samym narządzie, jeżeli tam też znajdzie dobre warunki rozwoju. Przejście z jednego ustroju do drugiego zwiększa jadowitość szczepu dla danego narządu, ale nie zmniejsza siły działania szkodliwego na inne tkanki ustroju. Dr M. Krenglówna.

Civatte i Vigne: **O leczeniu sarkoidu Boecka i Dariera.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 5). Ravaut w 1913 i 1914 znajdował często dodatni odczyn Wassermanna w przypadkach tuberkulidów, a przy stosowaniu salwarsanu stwierdzał polepszenie. Również i Pautrier otrzymywał wyleczenie w przypadku sarkoidu po zastosowaniu nowarsenobenzolu (OW +)— i wyraża przekonanie, że sarkoidy stanowią tylko objawy różnych cierpień, a znaczna ich część jest pochodzenia kiłowego. Autorowie spostrzegali przypadek sarkoidów Boecka, histologicznie stwierdzony, z odczynem Wassermanna (dwukrotnie badanym) ujemnym, z odczynem śródskórnym tuberkulinowym dodatnim. Leczenie nowarsenobensolem doprowadziło szybko do ustąpienia zmian klinicznych, badanie jednak drobnowidowe skrawka skóry, wyciętego po leczeniu, wykazało jeszcze obecność typowych zmian. Ze swoich badań dochodzą autorowie do następujących wniosków: 1) Sarkoidy skórne typu Boecka i Dariera tworzą typ kliniczny, w sobie zamknięty. Nie znamy ani ich przyrody ani pochodzenia. Najprawdopodobniej należą do tuberkulidów. 2) Korzystny wynik leczenia nowarsenobenzolem nie dowodzi przyrody kiłowej sarkoidów. 3) Leczenie nowarsenobenzolem nie daje trwałych wyników. J. Walter.

Lenormant: **Słoniowacina skóry owłosionej głowy.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 5). Opisywany przez autora przypadek dotyczył 30 l. kobiety, u której zmiana chorobowa w postaci wybujałości skórnych zajmowała prawie całą skórę głowy owłosionej w postaci jakgdyby czapki. Choroba datowała się od dzieciństwa; obraz tych wybujałości przypominał zakręty mózgowe, tak pojedyncze bruzdy przedzielały skórę na różnej wielkości płaty. Zabarwienie skóry prawidłowe, włosy gdzieniegdzie zachowane w bruzdach. Przypadek ten przedstawiał typowy obraz »cutis verticis gyrata«, opisany przez Jadassohna i Unnę, we Francji noszący nazwę nadaną przez Andryego »pachydermie vorticellée du cuir chevelu« (»cuir chevelu encephaloide« Callea). Pomimo rzadkich opisów, cierpienie to, zdaniem autora, nie jest zbyt rzadkie, ale jego przypadek ciekawy był ze względu na rozmiary zmiany. Schorzenie to występuje tylko u ludzi w średnim wieku (25—35 l.) o bardzo obfitem owłosieniu. Niekiedy poprzedzały tę zmianę chorobową zmiany zapalne skóry. Zmiana ta sadowi się zwykle na tylnych częściach głowy, albo na szczycie, bruzdy rozdzielające płaty są nieregularne (gyratae), rzadziej równoległe (striatae), włosy niekiedy zachowują się, i to nawet dość obficie. Objawów podmiotowych zwykle chorzy nie odczuwają. Przyczyna powstawania tego cierpienia nie jest znana. Jadassohn uważa tę sprawę za wrodzoną, Unna widzi przyczynę w dysproporcji czaszki a skóry pokrywającej ją, i t. d. Verres, znajdując w swym przypadku objawy zapalne (zapalenie i zanik gruczołów łojowych i potnych), sądzi, że cierpienie to rozwija się na tle zapalnem. Inni autorowie (Malartic i Olm) zmian zapalnych nie znajdowali, a tylko komórki podobne do komórek znamion i dlatego schorzenie to uważają za olbrzymie znamię skóry owłosionej. Autor sądzi, że

obie te przyczyny mogą odgrywać rolę w powstawaniu tego cierpienia. Leczenie dotychczas jest ujemne, elektroliza nie daje żadnych wyników. J. Walter.

Sabouraud: **Etjologja łysiny plackowatej.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 4). Broq upatruje w miejscowem działaniu pasorzytów wytłomaczenie powstawania okrągłych łysin plackowatych. Sabouraud przypomina, że odśrodkowy wzrost łysiny powstaje przez wypadnięcie 40—50 włosów, charakteryzujące się dwoma typami. Włos albo wypada cały, nie różniąc się od włosów w innych łysinach, albo (typ długi) ułamuje się powyżej skóry, a pozostały pień włosa przybiera kształt maczugowaty, znacznie zgrubiały u góry, a ścieńczały w dole. Jestto »chevau peladique«, opisany już w 1897 przez autora i pozostający zjawiskiem typowem w łysinie plackowatej. Znikanie takich włosów w obrębie łysiny oznacza wstrzymanie się pochodu cierpienia, poczem pojawiający się puszek powoli doprowadza do zupełnego wykształcenia się włosów. Sabouraud przyznaje, że wszystko to łatwo jest wytłómaczyć teorją pasorzytniczą, zwłaszcza, gdy obraz kliniczny zmieniać się będzie dalej. Nowe ogniska poczynają się tworzyć, co nieraz może doprowadzić do zupełnego wyłysienia. Do opisanych objawów klinicznych dodaje autor nowy objaw, przez siebie spostrzegany, a mianowicie występowanie w miejscach, w których nie nastąpi wypadnięcie włosów, plamek czerwonawych (różowo-pomarańczowych), podobnych do wysypki plamistej kiłowej. W miejscach tych daje się stwierdzić zmniejszona oporność włosów, dają się one bowiem bardzo łatwo - wyrywać. Objaw ten »roseole peladique« jest bardzo rzadki. Prócz tej postaci istnieje inna postać łysiny plackowatej, którą jeszcze Celsus opisał pod nazwą »ophiasis«. Zaczyna się ona zwykle na karku, lub na skroniach, i to symetrycznie. Wiele łysin u dzieci zaliczyć należy do tej postaci. Ta łysina, odcinając się ostro od otoczenia, jakby zakreślona cyrklem, nie daje się wytłomaczyć przyczyną pasorzytniczą. Dlatego należałoby przyjąć, że istnieją dwie postacie łysiny plackowatej: z przyczyny zewnętrznej i wewnętrznej. Jednakże nieraz zdarzają się takie postacie łysin plackowatych, że do żadnej grupy z wszelką pewnością nie można ich zaliczyć. Gdyby jedna z postaci okazała się zaraźliwą, byłoby to najważniejszym szczegółem rozróżniającym; lecz niezaraźliwość jakiegokolwiek typu nie ulega najmniejszej wątpliwości. Dowody, które autorowie przytaczają na poparcie teorji trofoneurotycznej, zdaniem autora nie są dostateczne (objawy nerwowe swędzenie, ustępowanie cierpienia po wypoczynku nerwowym, umysłowym). Sabouraud nigdy nie widział łysin plackowatych, towarzyszących półpaścowi, porażeniom nerwu twarzowego, padaczce i t. d. Również twierdzenie, jakoby wstrząsy i uszkodzenia nerwowe wywoływały łysinę, nie znajdują potwierdzenia. W wojnie było tyle przypadków uszkodzeń, a nie powiększyło to wcale częstości łysin plackowatych. Autor wspomina o łysinach występujących dziedzicznie, u kobiet w okresie utraty miesiączkowania, w czasie wykłuwania się zęba mądrości (teorje o pochodzeniu odruchowem). W tych przypadkach łysiny, któreby można odnieść do tła nerwowego, nie znalazł S. nigdy zaburzeń czuciowych, ani wydzielania potu. Ostatecznie dochodzi S. do wniosku, że łysinę plackowatą należy uważać za objaw, występujący w różnych cierpieniach: a) przy objawach przy wykłuwaniu się zęba mądrości, b) w chorobie Basedowa, c) jako objaw towarzyszący bielactwu skóry, d) u kobiet w okresie ustępowania miesiączkowania, e) dziedzicznie, w rzadkich przypadkach. Łysina plackowata jest nie zaraźliwa, a więc przypuszczenie tła pasorzytnego upaść musi; teorja nerwowa dziś niema jeszcze trwałych podstaw, teorja Jacqueta jest zadaleko posunięta. S. spotykał często łysiny plackowate w związku ze zmianami w uzębieniu i w kośćcu. Za przyczynę tych zmian uważa kiłę i dlatego też poleca w przypadkach nieraz banalnych łysin u dzieci podawanie syrupu Gibberta, i to nietylko w przypadkach, w których kiła rodziców jest stwierdzona, ale i w tych, w których się istnienie jej tylko przypuszcza. F. Walter.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 19. stycznia 1921 r

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 92 członków.

I. Kol. Wernic z Warszawy referuje sprawę państwowego projektu walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Prelegent, jako współtwórca nowej ustawy, stoi na stanowisku bezwzględnego zniesienia domów publicznych i reglementacji prostytutek, a poleca poddanie całej sprawy pod nadzór lekarski przy współudziale społeczeństwa, bez ingerencji policji, jako organu, który przyczynia się tylko do odstraszania od zgłaszania się chorych. Nowy projekt ustawy przewiduje także leczenie się mężczyzn.

Dyskusja: 1) Kol. Walter jest zwolennikiem reglementacji, a co najmniej współdziałania władzy policyjnej, jako organu wykonawczego. Popiera swoje wywody statystyką ostatnich miesięcy, w których to miesiącach po zniesieniu domów publicznych wzmogła się ilość chorób wenerycznych zastraszająco. — 2) Kol. prof. Lenartowicz omawia projekt z punktu widzenia humanitarnego i socjalnego, przyczem wytyka jego błędy. — 2) Kol. mjr. Bohdanowicz widzi przyszłość skutecznej walki z chorobami wenerycznemi w uświadamianiu żołnierzy i w utworzeniu poradni ogólnych. Pomoc policji zdaje mu się być nieodzowną w walce z tem złem. — 4) Kol. Rogalski zwraca uwagę na lekarza psychjatrę, jako tego, który powinien współdziałać z lekarzem wenerologiem. Prostytutkę bowiem musi się uważać za pewnego rodzaju »jednostkę chorobliwą« (moral insany), a jako chorą nie postępować z nią, jak ze zwykłym więźniem.— 5) Kol. ppłk. Sternbach zaznacza, że od czasu zniesienia domów publicznych nie udaje się nigdy znaleść źródła zakażenia, a tymczasem choroby weneryczne i wśród żołnierzy powiększają się z dnia na dzień. Przez publiczne odczyty należy uświadamiać społeczeństwo, że choroby weneryczne są uleczalne i że tylko wczesne zwrócenie się do lekarza może uchronić od poważnych następstw. Według mowcy stacje zapobiegawcze, urządzane w koszarach, nie mają większego znaczenia. Raczej środki zapobiegawcze, w które każdy żołnierz zaopatrzony być powinien, mogłyby odegrać rolę w tępieniu chorób wenerycznych. — 6) Kol. Mikołajski podziela stanowisko Wernica i podnosi dobre strony nowej ustawy, która jednak z powodu braków podstawy prawnej nie może być na razie w Małopolsce przeprowadzona. — 7) Kol. Janiszewski wyjaśnia, w jakiem stadjum obecnie projekt ustawy się znajduje. — 8) Kol. prof. Rosner krytykuje pierwszy ustęp ustawy, przez który dotychczasowe znaczenie tajemnicy lekarskiej i zaufanie do lekarza mogłoby być poważnie zachwiane. Prosi dalej o wyjaśnienie, jakie to osoby miał ustawodawca na myśli, kiedy mówi, że ich choroba weneryczna powinna być przedmiotem doniesienia. — 9) Kol. Wernic broni projektu, odpowiada na zarzuty i pytania, a wreszcie przyznaje, że ustawa nie jest idealna, jak każda początkująca, musi mieć pewne braki, które dopiero z biegiem czasu dadzą się w tym lub owym kierunku poprawić. — 10) Kol. prof. Rosner dziękuje prelegentowi za trudy, jakie ponosi dla sprawy, którą gorliwie propaguje.

II. Na członków przyjęto: kol. Molknerową Henrykę, Szallę Kazimierza i Pileckiego Łazarza.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 26. stycznia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 69 członków.

I. Kol. Brudzewski wygłasza odczyt p. t.: **Narząd wzrokowy u zwierząt wyższych**.

IV. Posiedzenie naukowe w dniu 9. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 105 członków.

I. Na członków przyjęto kol. Ant. Nasiłowskiego i Zygm. Leinkrama.

II. Kol. Janiszewski przedstawia sprawę zagrożonego Ministerstwa zdrowia publ. i wnosi odpowiednią rezolucję z protestem przeciw zniesieniu tegoż Ministerstwa. Rezolucję przyjęto jednomyślnie i postanowiono, by Prezydjum wysłało ją do Prezydenta ministrów i do Marszałka Sejmu.

III. Kol. Ball z Wadowic przedstawia udatnie skonstruowaną przez dentystę Roupperta **protezę szczęki górnej,** która mimo ogromnego zniszczenia części miękkich i twardych pozwala na doskonałe żucie i wyraźne artykułowanie zgłosek, gdy bez protezy chory ani jeść, ani mówić nie może.

IV. Kol. prof. Orłowski przedstawia chorego ze wszystkiemi objawami **choroby Adamsa-Stokesa,** omawia patogenezę i prawdopodobną etjologję choroby.

V. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia niezwykłe okazy przerzutów i przebicia **raka** przełyku, oskrzeli i nerek do sąsiednich narządów.

VI. Kol. prof. Lenartowicz przedstawia i przeprowadza różnicowe rozpoznanie trzech przypadków, a mianowicie: **der-**

matitis herpetiformis (Dühring), **pityriasis rubra pilaris i lichen ruber planus.**

VII. Przewodniczący oznajmia, że jeden z kolegów złożył 500 Mk., z tem, aby dzisiejsze zebranie dołożyło odpowiednią kwotę do ufundowania cegiełki na odbudowę Wawelu. Listę składkową podano członkom.

VIII. Kol. prof. Rutkowski przedstawia: 1) **plastykę przełyku** u dwu młodych chłopców sposobem Ijano, polegającym na wszczepieniu zeszytej krzywizny dużej żołądka pod skórę i następowem zeszyciu z górną częścią przełyku; 2) dziewczynę z niezwykłą wadą rozwojową, polegającą na zupełnym **podziale esicy i odbytnicy** z otworem do pochwy.

W dyskusji: kol. prof. Kostanecki zwraca uwagę na niezwykłą formę i unikat przypadku, stara się przytem wytłumaczyć powstanie wady; we wczesnem życiu płodowem musiał powstać zupełny zlep wyrastających naprzeciw siebie fałdów błony śluzowej jelita i stąd przegroda.

IX. Kol. Blassberg przedstawia **kamyki cystynowe**, ich patologję i leczenie.

X. Kol. prof. Majewski przedstawia chorego z **ulcus rodens corneae;** przy tej sposobności podaje zasadniczą różnicę między tą chorobą, a wrzodem rogówki drążącym (ulcus serpens).

IX. Kol. Rose przedstawia:

1) Przypadek **guza kąta móżdżkowo-mostkowego** po stronie prawej. U 22-letniego chorego przed 2 tygodniami wystąpiły bóle i zawroty głowy, wymioty, niepewność w ruchach prawych kończyn. Przy badaniu znaleziono niższe ustawienie prawego kąta ust, bezład przy próbie nosowopalcowej i piętowokolanowej po stronie prawej, adiadochokinesis prawej ręki. Niema odruchów patologicznych i zaburzeń czucia. Objaw Schwabacha po stronie prawej wybitnie skrócony (4—5″). Przy patrzeniu wprost drżenie oczu poziomoobrotowe w lewo. Przy staniu z zamkniętemi oczyma zatacza się chory w prawo. Błony bębenkowe bez zmian, na dnie oka lekka wyniosłość obu tarcz wzrokowych. Odczyn Wassermanna ujemny. Chory, przeznaczony do zabiegu operacyjnego, zmarł na godzinę przed zabiegiem wśród ogólnych drgawek. Sekcja wykazała ropień wielkości jaja gołębiego w miejscu klinicznie stwierdzonem.

2) Przypadek **guza tylnej jamy czaszkowej.** Chory l. 23, dziedzicznie nie obciążony, we wrześniu 1920 zaczął uczuwać bole głowy, a jednocześnie wystąpiły nudności i wymioty; przy chodzeniu zataczał się; po 2 miesiącach upośledzenie, a następnie utrata wzroku i upośledzenie słuchu w uchu prawem. Przy badaniu znaleziono: zbaczanie wystawionego języka w lewo, zmniejszenie siły lewych kończyn przy prawidłowych ruchach czynnych. Odruchy ścięgniste i okostne prawej górnej kończyny żywsze niż lewej, odruch Achillesowy lewy zniesiony. Odruchów patologicznych i zaburzeń czucia niema. Objaw Schwabacha po stronie prawej skrócony, nieznaczne drżenie oczu przy patrzeniu w bok. Przy staniu z zamkniętemi oczyma chwianie się bez określonego kierunku. Obustronny zanik nerwów wzrokowych. Chorego przeznaczono do zabiegu operacyjnego.

XII. Kol. prof. Rosner 1) przedstawia i omawia przypadek **nadmiernego rozluźnienia się spojenia łonowego w ciąży** i pozostałość tego cierpienia po porodzie. Według prof. Rosnera rozejście się spojenia łonowego jest zjawiskiem atawistycznem, zachodzącem u zwierząt czworonożnych stale. Cierpienie to, tak rzadko rozpoznawane, a tak często spotykane, zasługuje na szersze omówienie. 2) Następnie omawia prof. Rosner ciekawy przypadek **sześciokrotnego porodu nieżywych płodów**, mimo że skrupulatne badanie chorej nie pozwala wykryć nic chorobowego. Płody żyją i rozwijają się prawidłowo do ostatniej chwili, a przed samym porodem z równoczesnem wystąpieniem białkomoczu u matki, umierają. Według prelegenta jest to sprawa związana z zaburzeniem wewnętrznego wydzielania któregoś z gruczołów, a może i zaburzeniem kilku.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 16. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. Kol. prof. Latkowski przedstawia chorego z ciężkiem **ostrem zapaleniem osierdzia** i równoczesnemi **objawami mózgowemi.**

II. Kol. prof. Rosner przedstawia ciężarną po **wentrofiksacji**, która zaszła w ciążę, a u której **macica** znajduje się częściowo **uwięzła w przepuklinie brzusznej.** Prelegent zamyśla w tym przypadku nie sprowadzać poronienia, lecz odpreparować macicę od powłok brzusznych, a worek przepuklinowy wyciąć i powłoki zamknąć w typowy sposób.

III. Kol. Walter przedstawia dziewczynę chorą na **granulosis rubra nasi.**

IV. Kol. Rosenhauch wygłasza odczyt: **O mechanizmie samoobrony i zdolności przystosowania oka ludzkiego.** (Przeznaczone do druku).

W dyskusji 1) kol. prof. Rosner stwierdza, że we wszystkich narządach ustroju żyjącego możnaby wykazać zdolność przystosowania i mechanizm samoobrony, podobnie jak w oku. — 2) Kol. Majewski przytacza ciekawy przypadek przystosowania się oka po zranieniu do nowych warunków.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 23. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 120 członków.

I. Kol. prof. Godlewski, Naczelny Nadzwyczajny Komisarz epidemiczny, w treściwem przemówieniu przedstawia **walkę z chorobami zakaźnemi, a zwłaszcza z durem plamistym w Polsce.** Nawiązując do historji powstania Nadzwyczajnego Komisarjatu do tłumienia chorób zakaźnych, przedstawia jego organizację, pierwsze niepowodzenia, zwłaszcza z powodu pierwszych niepomyślnych walk naszych z bolszewikami. Według prelegenta walka z chorobami zakaźnemi, podjęta przez N. N. K., przyniosła znakomite wyniki, jakkolwiek jeszcze nie wszystko dało się osiągnąć. Z 20 tysięcy, a względnie 70 tysięcy przypadków zachorowania na tyfus plamisty, cyfra ta spadła na 2.000. Organizacja polegała pierwotnie na ustanowieniu stacji oczyszczających na linji granicznej, którą przekraczała ludność. Pewną jest rzeczą, że nie dało się wszystkich tę granicę przekraczających uchwycić, lecz zawsze spora ich liczba, zwłaszcza tych, którzy w głąb kraju zdążali, została oczyszczona. Na przyszłość dla powracających jeńców cywilnych i wojskowych proponowane

są dwie takie stacje, jedna w Baranowiczach, druga w Równem. Przeszkodą dość znaczną w zorganizowanej walce z tłumieniem zarazy są koleje, które niekiedy nie rozumieją jej znaczenia i nie zawsze idą w parze z dążeniami komisarjatu. Za pomocnicze środki w tej walce uważano kolumny dezynfekcyjne, których jednak nie można użyć do masowego oczyszczania całych połaci kraju z powodu niemożliwości równoczesnej dezynfekcji mieszkań i oczyszczenia ludności na tak wielką skalę. Daleko większej pomocy spodziewać się należy po szpitalach epidemicznych, które jeszcze w styczniu 1920 r. liczyły 5.000 łóżek, a dzisiaj liczba ich przewyższa 10.000. Charakter tych szpitali jest wprawdzie obecnie prowizoryczny, lecz będzie się je powoli ustalać, jak n. p. w Zakopanem. Wielkie widoki daje rozpoczęta obecnie akcja dezynsekcji cjanowodorem, która jednak wymaga wielkich kosztów. Będzie można je pokryć przy pomocy Ligi Narodów, która przyjęła na siebie obowiązek zaopatrywania szpitali na kresach. Oprócz tyfusu plamistego należy się obawiać z wiosną cholery, która przed kilku miesiącami do nas przyniesiona, jakkolwiek odrazu rozpoznana i zwalczana, pociągnęła za sobą dość znaczne ofiary w ludziach.

W dyskusji zabiera głos 1) kol. Janiszewski, który broni stanowiska Ministerstwa zdrowia publ. i podaje wyniki jego pracy przy tłumieniu chorób zakaźnych, zwłaszcza na terenie Królestwa Polskiego, krytykuje zaś niektóre zarządzenia N. N. K., jako niezgodne z intencją Ministerstwa. — 2) Kol. Momidłowski zaznacza, że do czasu objęcia przez N. N. K. tłumienia tyfusu plamistego w zachodniej Małopolsce, t. j. do końca marca 1920, organy wykonawcze powiatowe pozbawione były wszelkich urządzeń, potrzebnych do tłumienia epidemji, która zwłaszcza w górskich powiatach, a także w m. Krakowie zaczynała przybierać masowy, rozlany charakter. Po objęciu przez N. N. K. akcji zaradczej dostarczono zakażonym powiatom 15 lekarzy epidemicznych, 14 medyków, 8 dezynfekcjonarjuszy, 87 sanitarjuszek, 10 automobilów osobowych, 4 sanitarnych, 19 koni zaprzęgowych, 10 mułów, 21 wózków i wozów, urządzeń szpitalnych na 610 łóżek, 14 aparatów dezynfekcyjnych parowych, 43 aparatów suchych (Hartmana), $1^1/_2$ wagona mydła, $^1/_2$ wagona sody. Oprócz tego nadesłał N. N. K. cały szereg drobniejszych przyborów, jak maszynki do włosów, ubrania brezentowe, buty gumowe, tusze przenośne, sikawki do wapna i t. p. Urządzono 13 szpitali epidemicznych, zakupiono 2 domy na szpitale stałe, urządzono namioty noclegowe i odczyszczalnie na stacji kolejowej w Krakowie, stałą łaźnię na stacji w Dębicy, zaopatrzono więzienia sądowe w Krakowie, Tarnowie, Rzeszowie, Nowym Sączu, Jaśle, Wadowicach w wielkie aparaty dezynfekcyjne amerykańskie. Skutek całej akcji był ten, że stłumiono epidemje w m. Krakowie i powiatach Chrzanów, Nowy Sącz, Nisko, Kolbuszowa, Wadowice, Grybów, Limanowa, tak, że obecnie pojawienie się tyfusu w tych powiatach ma charakter sporadyczny. Należy stwierdzić, że jest wyłączną zasługą N. N. K., że epidemja tyfusu plamistego nie rozlała się ze wschodniej Małopolski także na zachodnią część kraju i nie przybrała tych rozmiarów, co na wschodzie. — 3) Kol. prof. Orłowski zapytuje, czy nie możnaby zastosować pewnej zapobiegawczej metody, jaką posługiwali się Niemcy przy wypuszczaniu jeńców, a mianowicie szczepienia jeńców jeszcze w obozach koncentracyjnych, zanim się ich wyprawi do Baranowicz i Równa. Wątpi, czy kąpiele same dadzą dobry wynik, wobec jakiegoś wstrętu ludności do kąpania się. Radzi wprowadzić raczej przymus kąpielowy. — 4) Kol. prof. Szumowski zauważa, że za mało jest uwzględniana propaganda czystości i radzi nieco więcej zwracać na nią uwagę. — 5) Kol. pułk. Masny zaznacza, że dezynfekcja kwasem pruskim da możność zniszczenia tyfusu powrotnego, który pluskwy przenosiły. Zastrzega się przeciwko opinji kol. Janiszewskiego, jakoby wojsko nie współdziałało, a raczej przeszkadzało w tłumieniu epidemji. Wprawdzie zdarza się, że rozkazy wojskowe nie idą w parze z cywilnemi, lecz nie widzi w tem złej woli, lecz tylko czasem brak porozumienia między władzami. — 6) Kol. gen. Kowalski: Zarzut, że ludność polska okazuje pewien wstręt do czystości, jest nieuzasadniony i nie odpowiada rzeczywistości. Przyczyny spostrzeżonego niechlujstwa trzeba szukać gdzieindziej, a nie w charakterze polskim. Ten objaw niższej kultury sanitarnej na wschodzie Europy w porównaniu ze zachodem, leży w niekorzystnych warunkach bytu i rozwoju narodów. Każdy naród musi być do czystości i porządku odpowiednio wychowany. Czystość w narodzie trzeba zacząć kultywować w wieku młodym, w domach rodzicielskich, w szkołach. W Niemczech jest w każdej szkole ludowej łazienka, u nas daleko jeszcze do tego. W Krakowie istnieje tylko jedna łazienka publiczna t. j. przy ulicy Karmelickiej, a i ta jest przeważnie zamknięta dla braku węgla. Za staraniem kol. Janiszewskiego oddało wojsko do użytku cywilnych zakład wojskowy kąpielowo-dezynfekcyjny koszar Jana Sobieskiego przy ulicy Szlak za minimalnem wynagrodzeniem, które jednak jest jeszcze za wielkie w naszych czasach i dlatego ludność mało z zakładu korzysta. Kąpiele dla ludu powinny być bezpłatne, koszta ponosić powinna gmina, ewentualnie rząd. W walce z durem plamistym dała nam zeszłego roku Misja amerykańska do zwalczania epidemji w Polsce nadzwyczajną pomoc z wielkiem powodzeniem. Kiedy epidemja była bardzo groźna, udzieliła nam ta misja pierwszorzędnych aparatów dezynfekcyjnych, utrzymywała wyszkolony personal własny ze swoich funduszów i dodawała materjałów przeróżnych w wielkiej ilości. Przeszło pięć miesięcy była przeprowadzana dezynfekcja i dezynsekcja przy wojsku w Krakowie wzorowo; w końcu nadeszła jeszcze kolumna dezynsektorów cjanowodorem Ministerstwa zdrowia publicznego z Warszawy i przeprowadziła dezynsekcję baraków w obozie internowanych Nr 1. w Dąbiu prawie idealnie. Dzisiaj stoimy jednak na tem samem miejscu, na którem staliśmy przed temi pracami, gdyż to powtarzać trzeba ciągle i bez przerwy, według potrzeby i stanu epidemji w Polsce. Brakuje nam przedewszystkiem wyszkolonego personalu, sił technicznych, niezbędnych do obsługi aparatów, które się wskutek tego niszczą i marnują. Wojskowość utrzymuje w Krakowie jak najlepsze stosunki z władzami sanitarnemi cywilnemi. W każdej ważniejszej sprawie zwracamy się do władz cywilnych. Od pierwszej chwili mojej czynności w walce z epidemjami t. j. od stycznia ubiegłego roku, spostrzegłszy niektóre usterki sanitarne na dworcu kolei w Krakowie, zrobiłem odpowiednie kroki i w krótkim czasie zostały stosunki sanitarne na dworcu kolei odpowiednio uregulowane tak ze strony cywilnej, jak wojskowej. Pomimo bardzo niekorzystnych warunków zdrowotnych w Krakowie i ciągłego napływu świeżych przypadków epidemicznych, utrzymywał się stan zdrowia załogi krakowskiej względnie bardzo korzystnie. Od 1. stycznia do dzisiejszego dnia t. j. 23. lutego b. r. mieliśmy 108 przypadków duru plamistego, a w tym samym czasie zeszłego roku było ich 633. Dzisiaj, t. j. 23. lutego b. r. jest duru plamistego: w wojskowym szpitalu dla chorób zakaźnych tylko 16 przypadków (z których 8 z załogi krakowskiej), a w szpitalu wojskowym obozu internowanych w Dąbiu 37 (między jeńcami wojennymi). Odsyłając każdy nowy przypadek, z wielką akuratnością i ciągłą kontrolą lekarską natychmiast do szpitali i przeprowadzając natychmiastowe środki zapobiegawcze, osiągnięto, iż w żadnej ubikacji wojskowej znaczniejszego wybuchu epidemicznego dotąd nie było. I małą epidemję cholery azjatyckiej między robotnikami jeńcami udało się zwalczyć prawie w zarodku (15 przypadków). — 7) Kol. prof. Godlewski odpiera zarzuty poczynione przez kol. Janiszewskiego i stwierdza, że wszystkie zarządzenia N. N. K. były wydawane po porozumieniu się z Ministerstwem zdrowia publ., co zaś do innej organizacji, przeprowadzonej przez N. N. K., aniżeli to było w projekcie Min. zdr. publ., to uzasadnia to rzeczywistemi potrzebami.

II. Przyjęto na członków kol. Tomicę i kol. Grohmana.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 3. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych członków 124.

I. Kol. prof. Orłowski wygłosił wykład: **W sprawie działania w gruźlicy szeregu metod leczniczych.** Prelegent omawia działanie w gruźlicy tuberkuliny, fosfatydy, hetolu, przetworów jodowych, cjanku złota, soli miedziowych, dioradonu i kreozotu, leczenia kumysem, oraz metod fizycznych, jak leczenie sztuczną odmą piersiową, zastosowanie pracy w sanatorjach i dochodzi do wniosku, że wszystkie te metody działają przedewszystkiem przez sprowadzenie odczynów zapalnych dookoła ognisk gruźliczych. Umiejętne skorzystanie z tej ich właściwości wiedzie do poprawy stanu chorobowego, nieumiejętne zaś, sprowadzając bardzo burzliwy odczyn zapalny, pogarsza stan chorego. W tem właśnie upatruje prelegent główną przyczynę niejednolitych poglądów na doniosłość i wartość leczniczą wymienionych metod. Rzecz prosta, iż poza tem głównem działaniem są jeszcze dodatkowe cechy działania, jak np. powstanie czynnej odporności przeciwko tuberkulinie w razie stosowania metody tuberkulinowej.

W dyskusji: 1) kol. Blassberg podnosi, że poza metodą sztucznej odmy Forlaniniego, która ma ściśle zastosowanie miejscowe tylko przy jednostronnej gruźlicy płuc, wszystkie metody leczenia gruźlicy zdążają z jednej strony do podniesienia odporności ustroju w walce z chorobą, a z drugiej strony przez czasowe przekrwienie miejscowe usiłują wywołać miejscowy wpływ leczniczy na ogniska gruźlicze, albo też zadziałać swoiście prze-

ciw bakterjom i ich jadom. Ponieważ leczenie gruźlicy, wobec jej rozpowszechnienia, jest także problemem społecznym, przeto w wyborze metod musimy się z konieczności kierować możliwością szerokiego stosowania w praktyce. Leczenie sanatoryjno-dietetyczne jest jako masowe leczenie trudno przeprowadzić. Dlatego też kol. Blassberg uważa za najodpowiedniejsze leczenie tuberkuliną. Choć istnieją różne przetwory tuberkuliny i sposoby jej stosowania, to jednak jest to metoda, działająca równocześnie drogą leczniczego przekrwienia oraz swoiście, a na zachodzie Europy jest już szeroko ambulatoryjnie z dobremi wynikami stosowana; natomiast w Polsce jest stosowana tylko przez niewielu lekarzy. W sprawie stosunku gruźlicy do ciąży podnosi Blassberg, że miał wielokrotnie sposobność spostrzegać późniejsze znaczne pogorszenia się gruźlicy u kobiet, które samą ciążę, poród i połóg przebyły dobrze. Jest tu zasadnicza rozbieżność w obserwacji pomiędzy internistą, który śledzi cały przebieg tej choroby o przewlekłym charakterze, a ginekologiem, który ocenia stan na bliską metę, któremu zależy przedewszystkiem na żywem dziecku, oraz na szczęśliwem przeprowadzeniu ciąży, porodu i połogu. — 2) Kol. doc. Dr Janiszewski zaznacza, że leczenie tuberkuliną i jego pierwsze nie dość pomyślne wyniki zniechęciły lekarzy do dalszego jej stosowania. Kol. Janiszewski podczas swego pobytu w Zakopanem stosował starą tuberkulinę Kocha przy stanach bezgorączkowych przez dłuższy czas i we wszystkich prawie przypadkach osiągnął dobre wyniki: prątki z plwociny znikały, apetyt chorych wzrastał, waga się zwiększała. Sądzi więc, że tuberkulina jest środkiem swoistym i trzeba ją stosować przy gruźlicy, jednak wybierać odpowiednie przypadki. Leczenie za pomocą pracy w sanatorjach działa, zdaniem kol. Janiszewskiego, bardzo korzystnie, gdyż pozwala zapominać chorym o cierpieniu i nie działa tak deprymująco, jak ciągłe leżenie. — 3) Kol. pułk. Masny zaznacza, że służba wojskowa różny wywiera wpływ na gruźlicę, zależnie od tego, w jakich koszarach są umieszczeni żołnierze, jakie warunki hygieniczne tam panują, a wreszcie stwierdza, że służba w okopach wpływa ujemnie na gruźlicę u żołnierzy. — 4) Kol. Otęski jest zwolennikiem leczenia gruźlicy zimną wodą, twierdząc, że woda wywołuje podobny odczyn zapalny około ognisk gruźliczych, jak leczenie tuberkuliną lub innemi środkami chemicznemi lub fizycznemi. — 5) Kol. Glassner stosuje jod w gruźlicy, ponieważ gruźlica bardzo często bywa powikłana i kumuluje się z kiłą; stąd dobre działanie jodu w takich przypadkach. Nie zgadza się na pracę fizyczną i nadmierne ruchy chorych na gruźlicę i oświadcza się raczej za spokojem i leżeniem. — 6) Kol. mjr. Bohdanowicz powołuje się na dobre wyniki, jakie stwierdzał przy stosowaniu w gruźlicy tuberkuliny Marmorka. Służba wojskowa wpływa ujemnie na gruźlicę; najlepszy dowód na murzynach, którzy wcieleni do wojska i przeniesieni do koszar, masowo zapadali na gruźlicę. — 7) Kol. prof. Rosner odpowiada na zapytanie prelegenta co do wpływu okresu gestacyjnego na rozwój gruźlicy. Odpowiedź na to pytanie niełatwa, gdyż trudno o porównanie. W każdym razie ciąża zdaje się wpływać na gruźlicę ujemnie w pierwszych czterech miesiącach, wtedy, kiedy przemiana materji ciężarnych idzie w kierunku katabolicznym. Drugi okres ciąży działa zwykle dość dobrze, chore zwykle tyją, czują się zdrowe, jest to okres anaboliczny, bilans azotu jest wtedy dodatni. Poród i połóg rozdmuchują zwykle uśpioną w drugiej połowie ciąży, gruźlicę. Radzi dlatego przy gruźlicy czynnej okresu pierwszego przerywać ciążę, w drugim okresie dbać tylko o stan chorej, a nadzorować poród, względnie ukończyć go w sposób najlżejszy, w połogu zaś zakazuje karmić. — 8) Kol. prof. Maydell opowiada o walce z gruźlicą w dzisiejszej Bolszewji rosyjskiej. Bolszewizm nie uznaje burżuazyjnego leczenia w gruźlicy, niszczy więc sanatorja i wszelkie urządzenia, jako nie dające wyników i nie mające znaczenia, a za główny sposób walki z gruźlicą uważa uświadomienie o niebezpieczeństwie gruźlicy. — 9) Kol. prof. Orłowski wyświetla niektóre mniej zrozumiałe punkta swego wykładu i odpowiada na zadane pytania.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 10. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, sekretarz kol. Szymanowicz; obecnych 125 członków.

I. Kol. prof. Latkowski przedstawia: 1) Chorą K. Z., lat 32, z **chorobą Basedowa** i zmianami w nerkach na tle tej choroby **(nephropathia basedowiana)**, gdzie badanie czynności nerek wykazało upośledzenie wydzielania chloru i omawia znaczenie prognostyczne tego powikłania; 2) przypadek **kretynizmu endemicznego** z obrzękiem śluzowatym u chłopca 18-letniego A. K. i okazuje zdjęcia rentgenologiczne kości, wykazujące opóźnienie wzrostu kości; 3) przypadek **amaurosis toxica** in ind. cum nephritide chronica, trwająca 7 dni po przebyciu błonicy; 4) **przypadek marskości kiłowej wątroby** z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, a ujemnym w płynie przesiękowym z jamy brzusznej, gdzie próba z galaktozą dała wynik ujemny.

II. Kol. Karelus przedstawił chorego z niezwykłym **zanikiem tęczówki**.

III. Kol. prof. Piltz przedstawia 3 przypadki **śpiączki pląsawiczej** (encephalitis choreiformis) z objawami katatonicznemi, retropulzją i objawami parkinsonowskiemi, przypominającemi otępienie przedwczesne.

IV. Kol. doc. Borowiecki i kol. Reich przedstawiają przypadek **niezwykłych współruchów** głowy, tułowia i kończyn z wyłączeniem dróg piramidalnych mózgu (ogłoszone będzie drukiem).

V. Kol. Walter przedstawia 1) **tuberculoma papilloneuroticum** i 2) **dermatitis herpetiformis Dühring**.

VI. Kol. Michejda przedstawia kilka przypadków **postrzałów nerwów**, operowanych z wynikiem dodatnim.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 17. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, sekretarz Szymanowicz; obecnych 95 członków.

I. Kol. Ackermann zawiadamia, że członkowie Towarzystwa ufundowali kosztem 30.000 Mkp. jedną cegiełkę na odnowienie Wawelu. Pozostałą ze zbiórki kwotę 1.700 Mkp. przeznaczono na plebiscyt na Górnym Śląsku.

II. Kol. Glatzel przedstawia 1) **pseudohermaphroditismus masculinus externus et internus** (operowany przez prof. Rutkowskiego); 2) **preparat serca przebitego nożem**; po zeszyciu komory chory żył jeszcze 28 godzin.

W dyskusji kol. prof. Kostanecki wyjaśnia sposób powstania przypadku przedstawionego obojnactwa.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **nieżytu wiosennego spojówki**, łudząco podobny do jaglicy i podaje rozpoznanie różniczkowe między temi dwoma stanami.

IV. Kol. doc. Brudzewski wygłasza odczyt: **O widzeniu połowiczem** (będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji 1) kol. prof. Majewski zaznacza niezwykłość przypadków i ważność obserwacji kol. Brudzewskiego, nie zgadza się jednak z mianownictwem do tychże przypadków, podanem przez kol. Brudzewskiego i proponuje inną nazwę, na co kol. Brudzewski się zgadza. — 2) Kol. Rose omawia sprawę budowy histologicznej kory wzrokowej i lokalizację u małp i ludzi różnych ras. — 3) Kol. Borowiecki omawia stanowisko naukowe w sprawie zastępstwa korowego plamki żółtej.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 23. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 95 członków.

I. Z powodu wyjazdu sekretarza kol. Szymanowicza proponuje przewodniczący, aby obowiązki sekretarza poruczyć kol. Szancenbachowi. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

II. Kol. Rose przedstawia i omawia 2 przypadki typowej **tężyczki** (tetania). Pierwszy po 3 dawkach mleczanu wapniowego znacznie się poprawił, drugi nie oddziaływał zupełnie na leczenie ani bromowe, ani mleczanem wapniowym. Prelegent zwraca uwagę na miesiąc marzec, jako typowy dla występowania tego cierpienia.

W dyskusji kol. Blassberg zapytuje, czy w powyższych przypadkach nie było zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, na co prelegent odpowiada przecząco.

III. Kol. Szymanowicz przedstawia 3 preparaty **zaśniadu groniastego**: Pierwszy przypadek t. zw. zaśniadu groniastego niszczącego (mola destruens) otrzymano z sekcji, gdyż chora zmarła z powodu włóknikowego zapalenia płuc w kilka godzin po konserwatywnem usunięciu zaśniadu. W drugim i trzecim przypadku preparaty otrzymano drogą operacyjną, gdyż u kobiet dobiegających okresu przekwitania z powodu stwierdzonego zaśniadu groniastego usunięto macicę w całości. Stojąc na stanowisku, że w przypadku zaśniadu niszczącego łatwo przy opróżnianiu macicy przebić jej ściany, że 40% nabłoniaka złośliwego kosmówki ma za punkt wyjścia zaśniad groniasty, uwzględniwszy w końcu łatwość zabiegu operacyjnego i późny wiek chorych, u których przez zabieg nie sprowadzi się zbyt znacznych zaburzeń, w obu tych przypadkach zdecydowano się na zabieg doszczętny. Przebieg operacji i stan pooperacyjny w zupełności usprawiedliwił to postępowanie. Na zasadzie powyższego prelegent zaleca w przypadku zaśniadu groniastego zabieg

doszczętny, zwłaszcza u kobiet, które zbliżają się do końca swej czynności fizjologicznej.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 30 marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Członków obecnych 57.

I. Kol. Dr Gieszczykiewicz przypomina, że z dniem 1. kwietnia upływa termin ostateczny zgłaszania do komitetu francusko-polskiego prenumeraty na czasopisma lekarskie francuskie po zniżonej cenie.

II. W poczet członków przyjęto Dr Augusta Bieńkiewicza i Dr Józefa Schmida.

III. Kol. prof. Lewkowicz wygłosił wykład: **Patogeneza nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.** (Rzecz będzie ogłoszona drukiem). — W dyskusji zabierali głos kol. Kostrzewski, Eisenberg i prelegent.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 6. kwietnia 1921 r

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 56 członków.

I. W poczet członków przyjęto kol. Eugenię Orlińską z Krakowa.

II. Kol. Blassberg wygłosił wykład: **Medycyna a Esperanto**. Świetny rozwój medycyny w 19. stuleciu zawdzięczamy triumfowi metodyki i rozwojowi organizacji pracy naukowej, która opierając się na rezultatach badań uczonych całego świata, żywo postępowała naprzód. Znaczną trudność w tym względzie stanowi brak międzynarodowych czasopism naukowych, w którychby sami autorowie umieszczali swoje prace lub autoreferaty w jednym języku wspólnym, zrozumiałym dla uczonych różnych narodowości. Łacina, która dawniej spełniała tę rolę, zanikła, nie odpowiadając nowoczesnemu rozwojowi pojęć. Zjazdy międzynarodowe z powodu wielojęzyczności przynosiły małe korzyści. Prelegent na przykładach dowodzi, jakie spory toczyły się o prawo pierwszeństwa autorskiego na terenie nauki międzynarodowej i jakie szkody poniosła medycyna wogóle, a w szczególności polska medycyna z powodu wielojęzyczności w nauce. Coraz bardziej jest odczuwana potrzeba jednego wspólnego i wyłącznego języka, obowiązującego w nauce. Roli tej nie mógłby spełnić żaden z żywych narodowych języków współczesnych zarówno z powodu trudności nauczenia się, jak i ze względów emulacji narodów i jednostronności oraz stronniczości, któraby wprowadzeniu jednego języka narodowego towarzyszyć mogła. Rola ta przypaść musi językowi sztucznemu, bardzo łatwemu i zdolnemu do rozwoju, któryby odpowiadał potrzebom międzynarodowym w nauce, literaturze i w stosunkach handlowych. Takim językiem jest powstały na ziemi polskiej Esperanto, stworzony przez lekarza warszawskiego Dr Zamenhofa. Język ten zdobył sobie cały świat cywilizowany i od lat blisko 35 coraz więcej jedna sobie zwolenników, wnika w różne dziedziny i gruntuje sobie coraz silniejszą pozycję. Wybitni lekarze i uczeni wszystkich narodowości polecają go gorąco w stosunkach międzynarodowych, a różne kongresy i zrzeszenia międzynarodowe przyjęły lub polecają używanie tego języka. Wobec potężnego rozwoju stosunków międzynarodowych należy wcześnie rzecz rozpatrzyć i przewidzieć, że dopuszczenie, propagowanie i przyjęcie Esperanta na międzynarodowym terenie nauki przyniesie wielką korzyść dla medycyny wogóle, a dla medycyny polskiej i jej stanowiska w świecie w szczególności.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia poplód z **ciąży bliźniaczej monochorjalnej**, tem się różniącej od bichorjalnej, że jaje płodowe ma tylko jedną wspólną dla obu płodów kosmówkę i że płody w nim zawarte mają jedną płeć. Ciąży takiej odpowiada w jajniku tylko jedno ciałko żółte. W świecie zwierzęcym tylko pancerniki mają z reguły ciążę monochorjalną.

W dyskusji 1) kol. prof. Kostanecki stwierdza, że nazwa, jakiej używają dla ciąży monochorjalnej Niemcy — ciąży jednojajowej — nie jest zgodna z rzeczywistością, gdyż spodziewaćbyśmy się musieli w tym wypadku jednego wspólnego pęcherzyka żółtkowego, tymczasem dzieje się odwrotnie: przy badaniach przeprowadzonych w tym kierunku znajdowano zawsze 2 pęcherzyki. Nasuwa się pytanie, skąd pochodzi, że dzieci w tym wypadku posiadają wspólną płeć. Sądzono, że komórka dzieliła się już we wczesnym okresie na 2 blastomery, z których każda rozwijała się samodzielnie; spotyka się to u jeżowców, u człowieka zaś z powodu silnie rozwiniętej otoczki przeźroczystej jest to niemożliwe.

2) Kol. Rosner, zastanawiając się nad kwestją predestynowania płci, dochodzi do wniosku, że dzieje się to już w jaju. Potwierdzenie tego mamy w świecie owadów, gdzie jaja żeńskie już morfologicznie różnią się od jaj męskich.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 13. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 63 członków.

I. W poczet członków przyjęto koleżankę Marję Krauzową.

II. Kol. Michejda przedstawia chorego rannego we wrześniu ub. roku. Rozpoznanie: częściowe uszkodzenie nerwu pośrodkowego. Badanie 29. XI. wykazało upośledzenie ruchów palców, bole po dłoniowej stronie 1—4 palca, osłabienie czucia bolu i dotyku w 3. członku 2. i 3. palca i 2. członku kciuka. Ponieważ przy leczeniu zachowawczem bóle nie ustępowały i nastąpiła zaledwie nieznaczna poprawa ruchów, wykonano przeto d. 19. III. 1921 zabieg operacyjny, polegający na **tubulizacji gałązek nerwowych** z wynikiem dodatnim; bole ustąpiły wkrótce po zabiegu, nastąpiła również i znaczna poprawa w ruchach.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia chorego z **uszkodzeniem gałki ocznej.** Leczenie zachowawcze dało w tym przypadku bardzo dodatnie wyniki. Bystrość wzroku w znacznej mierze została przywrócona.

IV. Kol. Eisenberg przedstawia: 1) preparaty z nalotów przy »gingivitis ulceroso-necrotica« i »angina ulceroso-necrotica« przedstawiające symbiozę Plaut-Vincentowską (**fusospirochaetosis**). Podkreśla na podstawie literatury niemieckiej, francuskiej i hiszpańskiej, jak również własnych doświadczeń, zwiększoną częstość tych spraw w czasie wojennym i powojennym. Byłoby rzeczą ciekawą rozstrzygnąć, jaka jest przyczyna tego częstszego występowania »fuzospirochetozy«, czy, jak sądzą jedni, niedostateczne pielęgnowanie jamy ust, czy też może jakościowo i ilościowo upośledzone odżywianie (analogja w gnilcu, który obecnie zalicza się do awitaminoz). Choroba jest ciekawa, jako może jedyny przykład sprawy, wywoływanej przez stałą »spółkę zarazkową«, jak również przez wielokształtność i różnorodną siedzibę zmian wywoływanych. Spotykano tę spółkę na migdałkach, w »stomatitis i gingivitis ulceroso-necrotica«, w ropniach pochodzenia zębowego, przy raku wodnym (noma), przy rtęciczem zapaleniu jamy ustnej, przy zgorzeli płuc, w t. zw. »ulcus venereum«. E znajdował ją też kilkakrotnie we wyciekach cewkowych przy przewlekłym tryprze. Wskazuje na ważność rozpoznania różniczkowego od błonicy, kiły lub gruźlicy i potrzebę badania mikroskopowego w każdym przypadku. Stwierdzenie symbiozy nie wyklucza jednak możliwości powikłania błonicą (czego dowiódł jeden własny przypadek Eisenberga), wzgl. kiłą (w jamie ust rozpoznanie trudne ze względu na podobieństwo spirochaete microdentium do sp. pallida). Ważne jest w jamie ustnej rozróżnienie od wstępnych zmian pęcherzycy (2 własne przypadki). Co do leczenia, to oprócz dawniej stosowanych środków polecają autorowie obecnie salwarsan miejscowo lub dożylnie (w przypadkach uporczywych), nadto ostatnio także eukupinę i trypaflawinę. E. poleca wypróbowaną w kilku przypadkach (wspólnie z kol. Szwarzbartem i kol. Blassbergiem) chemoterapję miejscową zap. pędzlowań 1% rozczynem wodnym fioletu metylowego lub kryształowego (pyoktaniny). Zmiany ustępują po kilku pędzlowaniach.

2) Preparaty plwociny z zapalenia płuc grypowego z zoogleami **diplostreptococcus pleomorphus** Wiesner-Bernhardt. Prelegent nawiązuje do tego uwagi o naturalnym układzie bakterji w plwocinie.

W dyskusji przemawiali kol. Blassberg, Laskiewicz i Szumowski.

V Kol. Wojciechowski przedstawia macicę usuniętą z powodu sprawy septycznej, wywołanej przez usiłowane spędzenie płodu i omawia **operacyjny sposób leczenia septycznych zakażeń połogowych**. Wedle Bumma w Niemczech ginie rocznie z tego powodu 4—5 tysięcy kobiet. U nas statystyki w tym kierunku brak, lecz stosunki są zapewne jeszcze gorsze. Sprawę wycinania zakażonej macicy podniesiono początkowo w Anglji i Ameryce i ma ona swych zwolenników. Ahlfeld i inni wybitni ginekologowie niemieccy są przeciwnikami tej metody. Trzeba jednak nie wszystkie przypadki traktować jednako. Wedle spostrzeżeń prelegenta przypadki autoinfekcji przebiegają naogół łagodniej, przypadki zaś zakażenia, wywołanego próbami wywołania poronienia lub też zabiegiem operacyjnym, jak kleszcze, obrót i t. p. są zwykle złośliwe i te właśnie nadają się do leczenia operacyjnego. Doświadczenie kliniczne lekarza powinno tu rozstrzygać, czy w danym przypadku ustrój sam sobie da radę, czy też wystąpić należy czynnie. Bakterjologja niewiele nam tu może pomódz; badanie bakterjologiczne wymaga dość długiego czasu i nie jest pewne, zwłaszcza

jeśli da wynik ujemny. Również badanie cytologiczne krwi, wobec istnienia leukocytozy fizjologicznej, nie daje zbyt wybitnych wyników. Najważniejsza jest przy pewnem doświadczeniu lekarza ocena całokształtu klinicznego w danym przypadku. Wyniki sekcyjne nie wiele również w tej sprawie wyjaśniają: w niektórych przypadkach już po bardzo niewielu dniach znajdujemy znaczne zmiany, w innych zaś przypadkach nawet po długim przeciągu czasu zmiany nie przekraczają błony śluzowej macicy. Decyzja, jak postępować, jest bardzo trudna. Prelegent na zasadzie powyżej przytoczonych faktów dochodzi do wniosku, że o ile: 1) zakażenie pochodzi z macicy (nie z krocza ani pochwy), 2) przybiera obraz ostry i daje małe widoki wyleczenia, 3) jest ograniczone do samej tylko macicy, przymacicza i okołomacicza, należy występować czynnie, i to o ile możności wcześnie.

W dyskusji kol. prof. Rosner nie zgadza się zasadniczo z wywodami prelegenta. Nigdy w początkowym okresie choroby, gdzie wystąpienie czynne mogłoby mieć widoki powodzenia, nie podobna stwierdzić, że ustrój nie da sobie sam rady z zakażeniem. Nigdy nie możemy być pewni, czy sprawa nie przekroczyła już poza ściany macicy, a otwierając przy zabiegu operacyjnym całą olbrzymią sieć naczyń limfatycznych, znajdujących się w tkance przymacicznej, w razie, jeśli są one już zajęte sprawą chorobowa, narażamy otrzewną na pewne zakażenie, gdy bez zabiegu sprawa mogłaby, jak to zresztą najczęściej bywa, ograniczyć się. Mowca przeżył kilka takich przypadków, gdy pod wpływem pochwał, wygłaszanych dla postepowania czynnego, chciał tę metodę wypróbować. — 2) Z wywodami kol. Rosnera zgadza się w zupełności kol. Ackermann. — 3) Prócz tego głos. w dyskusji zabierali kol. Eisenberg i kol. Blassberg.

XIV Posiedzenie naukowe z d 20. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol Kostrzewski, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych członków 65.

I. W poczet członków przyjęto kol. Wojewskiego Stanisława, kapitana-lekarza.

II. Przewodniczący odczytuje zaproszenie na zjazd okulistów polskich i program tegoż zjazdu, który ma się odbyć w Warszawie między 15—20 lipca b. r.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia: 1) **Preparat** macicy usuniętej operacyjnie z powodu **raka szyjki macicy**. Na preparacie tym znajdujemy oprócz tego typowy obraz **salpingitis nodosa** i guzki **gruźlicze** na otrzewnej. W wywiadach stwierdzono jeszcze **kiłę**. 2) **Torbiel skórzakowata jajnika wypełniona kulkami** tłuszczowemi. W sprawie tworzenia się takich kulek istnieją różne teorie, pomiędzy innemi, że powstają one wskutek oziębiania się płynu zawartego w torbieli przy otwarciu jamy brzusznej (Neugebauer). W tym przypadku balotowanie kulek stwierdzono jeszcze przed zabiegiem operacyjnym już przy zewnętrznem badaniu chorej. Przemawiałoby to przeciw teorji Neugebauera.

W dyskusji zabierają głos:

1) Kol. Zubrzycki: Powstawanie tworów kulistych w torbielach skórzastych jajnika odnieść należy zdaniem mojem do zmian, spowodowanych w płynie pierwotnym torbieli pod wpływem zmieszania sie z nią surowicy krwi, względnie samej krwi. Zmiany te są natury fizyczno-chemicznej, takie same, jakie zachodzą w rozczynie koloidalnym, (a za taki musimy zawartość torbieli uważać na podstawie badań chemicznych), pod wpływem zmieszania się z nim drugiego rozczynu koloidalnego o innem napięciu powierzchniowem (surowica). Zmiany te doprowadzają do koagulacji i wytworzenia ciał kulistych.

2) Kol. Eisenberg podnosi, że tłómaczenie powstawania złogów w ustroju na podstawie chemji kolloidalnej znalazło ze skutkiem zastosowanie do objaśnienia genezy kamieni żółciowych i nerkowych, zwapnień patologicznych, skrzepów krwi itp. W danym przypadku z pośród lipoidów przedewszystkiem cholesteryna i jej estry przedstawiają na podstawie badań Porgesa i Neubauera, jakoteż Henri i Iscovesco wielką wrażliwość na czynniki zmniejszające dysperzję (charakter t. zw. suspenzoidów), one zatem przedewszystkiem wchodziłyby w rachubę. Podniesiony przez kol. Zubrzyckiego związek powstawania kul z zastojem żylnym może dałby się wytłomaczyć nagromadzeniem się CO_2 w płynie względnie zwiększoną zawartością jonów H, która, jak wiadomo, ma wielki wpływ na strącanie zawiesin kolloidalnych zarówno białkowych jak lipoidalnych.

IV. Kol. Zdz. Reich: **Analiza przypadku odruchowej naczynioruchowej trofoneurozy.** U młodego człowieka, cierpiącego na neuralgię nerwu trójdzielnego i mającego bliznę w okolicy wielkich naczyń szyi, wywiązała się w następstwie przebytego urazu trofoneuroza, polegająca na odruchowem potnieniu i zaczerwienieniu w obrębie drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, przy mastyfikacji. Z koincydencji objawów i badania farmakologicznego wynika, że wchodzi tu w rachubę odruch z nerwu trójdzielnego na nerw współczulny. Do powstania cierpienia przyczyniły się czynniki natury konstytucjonalnej lub kondycjonalnej (w rozumieniu Tandlera), albowiem badanie krwi wykazało obraz krwi Kochera, dalej badanie elektryczne wykazało w jednym nerwie odwrócenie odczynu galwanicznego w kierunku spasmofilnego, a w dwóch nerwach oddziaływanie podobne do myotonicznego. (Streszczenie własne).

V. Kol. prof. Juljan Nowak wygłosił wykład: **O księgosuszu.** Księgosusz jest plagą groźną, z której ogromu nie zdajemy sobie jeszcze dostatecznie sprawy. Ma on znaczenie nie tylko dla hodowców, lecz i dla ogółu ze względu na zmniejszenie się stanu bydła rogatego, a w związku z tem braku mięsa i nabiału. Plaga księgosuszu dotyczy nietylko nas, lecz zagraża i całej Europie. Broni się ona przed księgosuszem, o czem świadczy zjazd państw sąsiadujacych z Polską, który się odbył w sprawie księgosuszu w Wiedniu, w Paryżu zaś ma się wkrótce odbyć w tejże sprawie zjazd państw europejskich. Służba sanitarna dla obrony przed księgosuszem była w dawnej Austrji wzorowa, dotyczyło to zwłaszcza powiatów wschodnich, sąsiadujących z byłem państwem rosyjskiem, w którem księgosusz stale się utrzymywał.

Księgosusz jest chorobą zakaźną bydła rogatego, której zarazek dotychczas nie jest znany. Ma on się znajdować w ciałkach białych, a tylko gdzieniegdzie wolny. Zarazek znajduje się we wszystkich wydzielinach i wydalinach chorego zwierzęcia. Okres wylęgania trwa kilka dni, choroba występuje nagle wśród wysokiej gorączki. Kulturalne rasy bydła (nizinne lub szwajcarskie) łatwiej ulegają zakażeniu i łatwiej giną; bydło siwe stepowe jest mniej podatne na zakażenie i więcej wytrzymałe, prawdopodobnie jest ono wskutek ciągłej styczności z księgosuszem więcej uodpornione. Z objawów klinicznych schorzenia wysuwają się na pierwszy plan gorączka (40°—41°), brak łaknienia, bardzo znaczne łzawienie i zaczerwienienie spojówek, zaczerwienienie i stan zapalny wszystkich błon śluzowych, doprowadzające do obumarcia nabłonka. Zależnie od głębokości martwicy błona śluzowa pokrywa się nalotami białemi, szaremi, lub szarozielonemi. Zwiększa się wydzielanie śliny. Następstwem zmian w jelitach jest początkowo zaparcie stolca, a następnie biegunka, kał jest płynny, krwawy, cuchnący. Nazwa księgosusz na tym objawie jest właśnie oparta, lecz jest nieodpowiednia, nieścisła, właściwsza jest »dżuma bydlęca«.

Tępienie księgosuszu polega na zabijaniu sztuk chorych, podejrzanych, a nawet i zdrowych, jeśli się tylko stykały z bydłem chorem, oraz na zapobiegawczem uodpornieniu. Zwierzę, które przebyło księgosusz, jest uodpornione i surowica jego ma własności uodporniające, jednak w niezbyt znacznym stopniu. Działanie jej można spotęgować przez wstrzykiwanie dużych dawek surowicy (1 grm na 1 kg wagi). Lepsze wyniki daje uodpornienie czynne przez zakażenie żółcią zwierząt padłych lub zabitych. Jeszcze lepsze wyniki daje kombinacja zakażania surowicą i krwią. Zwierzę choruje, lecz słabo, zyskuje jednak odporność. W Polsce założono dla produkcji surowicy przeciwksięgosuszowej dwie stacje: jedną w Puławach, drugą w Brześciu litewskim. W Puławach jest obecnie około 300 sztuk zakażonych sztucznie dla produkcji surowicy, mniej więcej tyleż w Brześciu. Wogóle surowicy produkowano dotychczas w całym świecie niewiele, a zapasy, jakie były w Egipcie, Francji, Turcji i Bułgarji, już się wyczerpały lub zostały zniszczone przez wojnę. Polska jest obecnie jak gdyby przedmurzem dla Europy przed księgosuszem. Stałe ogniska tej zarazy znajdują się w Azji na stokach Himalajów i w Rosji na stepach. Dla Rosji jednak ta choroba nie jest tak straszna, jak dla nas, gdyż bydło tamtejsze jest znacznie odporniejsze.

Sztuki, które przebyły chorobę pomimo powrotu do zdrowia, są jeszcze przez czas dłuższy (do 100 dni) roznosicielami zarazy. Zresztą pozornie zdrowe bydlę jeszcze przez 140 dni może mieć zmiany anatomiczne wskutek przebytej choroby. Rozsadnikiem zarazy mogą być również i sztuki pozornie zdrowe, które przebyły chorobę bardzo lekko, niespostrzeżenie. Odporność sztuczna według obserwacji ma trwać zaledwie 4—6 miesięcy; to utrudnia walkę z zarazą; są jednak zdania, iż odporność taka trwać może 3—5 lat. Najbardziej sprzyjającą porą dla szerzenia się epidemji jest pora letnia, gdy bydło bywa wyganiane na paszę zieloną.

Rząd i Sejm Polski wykazał w walce z księgosuszem niestety pewną opieszałość, gdyż wystąpiono do walki dopiero wtedy, gdy zaraza przybrała już zastraszające rozmiary.

W dyskusji 1) kol. Eisenberg podnosi niezmierne zna-

czenie społeczne omawianej zarazy. Rosja według urzędowych wykazów traciła rocznie po kilkadziesiąt tysięcy sztuk, w rzeczywistości zaś znacznie więcej. Egipt stracił w ciągu 2 lat pół miljona, a w r. 1904 przeszło półtora miljona sztuk. Nasze straty mogłyby być katastrofalne pod względem ekonomicznym i wskutek obniżenia poziomu odżywiania znękanego wojną kraju. Dla patologji bydlęcej księgosusz ma podobne znaczenie, jak dur plamisty dla ludzkiej. Hipoteza Scheina o siedzibie zarazka w ciałkach białych znajduje analogię w zarazku duru plamistego, którego wybiorcze sadowienie się w ciałkach białych wykazał Nicolle w doświadczeniach na morskich świnkach, a Weigl w doświadczeniach na wszach. Nadto Prowazek wykazał obecność swoistych wtrętów komórkowych w ciałkach białych chorych na dur plamisty. Trudność przyczynowego zwalczania zarazy polega raz na trudności produkowania ogromnych ilości surowicy ochronnej, powtóre zaś na konieczności stosowania samego zarazka i to koniecznie żywego (bo zabity traci skuteczność uodporniającą, podobnie jak cały szereg innych zarazków, a może nawet wszystkie). Ważne byłoby wobec tego wynalezienie metody hodowania zarazka poza ustrojem zakażonym, a może (podobnie jak to uczynił ostatnio Kuczinsky z zarazkiem duru plamistego) we woreczkach kollodjonowych w zwierzętach, coby zwalniało od utrzymywania zwierząt zakażonych, które mogłyby same szerzyć zarazę. Podawane w literaturze dane o krótkiem, bo 3—6-miesięcznem trwaniu odporności po serowakcynacji są może pessymistyczne, jako oparte na brutalnej metodzie zakażania większą ilością zarazka. Może w warunkach naturalnych, gdzie wchodzą w grę małe ilości zarazka, odporność okaże się trwalszą, coby znakomicie ułatwiło walkę z zarazą.

2) Kol. Janiszewski podnosi, że metody zwalczania księgosuszu przypominają metodę zwalczania dżumy i zwraca uwagę, że przenośnikami choroby mogą być również ptaki i owady.

3) Kol. Nowak w zakończeniu odczytu podnosi zasługi Nenckiego w sprawie badania księgosuszu i dla ilustracji rozmiarów klęski podaje, iż w latach 1811—1814 podczas epidemji księgosuszu we Francji zginęło z górą 2½ miljona sztuk bydła.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 27. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 57 członków.

I. Kol. Gieszczykiewicz podaje do wiadomości kolegów, iż komitet francusko-polski został rozwiązany, a na jego miejsce powstaje francusko-polskie Towarzystwo lekarzy.

Przewodniczący wnosi, by wobec tego, że rozwiązujący się komitet nie posiada komisji kontrolnej, komisja kontrolna Towarzystwa lekarskiego sprawdziła księgi i rachunki rozwiązującego się komitetu. Wniosek przyjęto.

II. Kol. Rychliński: 1) Przypadek **torbieli gruczołu Bartholiniego** o rozmiarach małej głowy. — 2) Przypadek **torbieli zastojowej**, wychodzącej z przedniej ściany **pochwy.** — 3) Przypadek **włókniaka**, wychodzącego z zewnętrznej części **więzadła obłego.** — 4) Przypadek dużego **włókniaka szyjki** macicznej, usadowionego wśródblaszkowo. — 5) Przypadek **krwiaka śródpochwowego i śródmacicznego** u 39-letniej kobiety, u której choroba ta rozwinęła się wskutek zarośnięcia światła pochwy po przebytym przed 16 miesiącami ciężkim porodzie, trwającym cztery doby. Poniżej zarośnięcia kanału pochwy stwierdzono jeszcze przetokę pochwowoodbytniczą, z łatwością przepuszczającą palec. Przypadek ten przedstawia R. dlatego, że niezmiernie rzadko powstają takie ciężkie zniszczenia w przebiegu samoistnego, acz bardzo ciężkiego porodu, powtóre, że zdecydowany jest przypadek ten operować doszczętnie, t. zn. przez wyłuszczenie całego guza, a nie przez zwyczajne okrojenie blizny pochwowej, uzasadniając to tem, że kał, wydobywający się przez przetokę pochwowo-odbytniczą mógłby spowodować ogólne zakażenie, tembardziej, gdy się zważy, że zalegająca krew miesiączkowa jest doskonałą pożywką dla bakteryj. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol. Wojciechowski, Rosner i prelegent.

III. Kol. Leonard Bier wygłosił odczyt: **O fasoli trującej.** Prelegent przedstawia wynik swych badań nad fasolą, która wprowadzona do Polski od połowy ub. r. dawała powód do skarg, najpierw wśród robotników górniczych, między których ją rozdzieliło Ministerstwo aprowizacji. Po spożyciu jej występowały objawy chorobowe w postaci silnego bólu głowy, gwałtownych bólów brzucha, nudności, nieraz wielokrotne wymioty, biegunka oraz silna duszność. Przyczyną objawów tych jest, według prelegenta, zatrucie kwasem pruskim, zawartym w sprowadzanym gatunku od r. ub., nieznanym dotychczas w Europie gatunku fasoli z rodzaju botanicznego »Phaseolus lunatus«. Kwas pruski znajduje się w fasoli w postaci glikozydu faselunatyny, która pod wpływem enzymu zawartego w fasoli, oraz enzymów narządu trawiennego rozszczepia się na glykozę, aceton i kwas pruski. Zawartość glikozydu w dziko rosnących odmianach gatunku »Phaseolus lunatus« jest dość znaczna, dochodzi do 320 mgr. HCN w 100 gr. fasoli, pod wpływem hodowli maleje, jednak i w odmianach hodowlanych nieraz wzmaga się w zmienionych warunkach hodowli. W próbach badanych przez siebie stwierdzał prelegent od 8—45 mgr. HCN w 100 gr fasoli, przy użyciu swoistego enzymu fasoli, jako rozszczepiającego glikozyd. Dalsze działanie enzymów trawiennych zdołało wydzielić jeszcze kilkanaście mgr HCN we fasolach, w których badanie pierwotne dokonywano przy użyciu enzymu swoistego. Tym faktem wytłomaczyć należy objawy zatrucia u osób, które spożyły fasolę o wielkiej zawartości glikozydu (11 mgr. w 100 grm fasoli). Pod wpływem moczenia fasoli przez kilkanaście godzin, również przez gotowanie rozszczepia się glikozyd, a fasola traci znaczną ilość swych własności trujących, oddając je wodzie. Odwarem takim pojone zwierzęta (kozy) padały w kilka minut po napojeniu z objawami gwałtownej duszności.

Prelegent przytacza opis szczegółowy przypadków śmiertelnych, zakończonych zejściem śmiertelnem w 8—24 godz. po spożyciu, spostrzeganych przez lekarzy szpitalnych, w których to przypadkach gwałtowne objawy ze strony przewodu pokarmowego i silny zapad nasuwały rozpoznanie niedrożności jelit, a które odnieść należało jedynie do stwierdzonego spożycia wspomnianego gatunku fasoli.

Prelegent jeszcze w lipcu ub. r. przedłożył Ministerstwu zdrowia publicznego wnioski, zmierzające do zabezpieczenia ludności Polski przed szkodą na zdrowiu, wynikającą z gatunku fasoli »Phaseolus lunatus«. Rozporządzenie Ministerstwa, ogłoszone w czasie ostatnim, wzbraniające dowozu wspomnianego gatunku fasoli do Polski, wymaga zdaniem prelegenta pewnych uzupełnień, jeśli akcja, rozpoczęta przez Ministerstwo, ma istotnie zapobiedz rozszerzeniu się tego gatunku fasoli w Polsce oraz niebezpieczeństwu, grożącemu z zapasów wprowadzonych do kraju przed wydaniem zakazu. (Streszczenie własne).

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 4. maja 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych członków 59.

I. W poczet członków przyjęto kol. Kazimierza Habichta z Krakowa.

II. Przewodniczący odczytuje uchwałę, powziętą na wspólnem posiedzeniu zarządów Towarzystwa lekarskiego, Izby lekarskie i Związku lekarzy zachodniej Małopolski w sprawie śląskiej, a domagającą się przyłączenia Śląska do Polski. Uchwałę przyjęto wśród ogólnych oklasków.

III. Następnie przewodniczący uczcił w gorącem przemówieniu pamięć świeżo zmarłego kolegi ś. p. Dr Juljana Czyrniańskiego. Obecni wysłuchali przemówienia stojąc.

IV. Kol. Zdzisław Reich: **Dalszy przyczynek do patogenezy stanów następowych po śpiączce nagminnej** (encephalitis lethargica). II. **Obraz krwi.** Badanie krwi, przeprowadzone w 12. przypadkach śpiączki nagminnej ze zbiorem objawów myastatycznym wykazało we wszystkich przypadkach nad-

zwyczaj wybitne zmiany krwi, a mianowicie wybitną neutropenję, połączoną z bardzo wysoką limfocytozą, tak, że limfocyty w pewnych przypadkach przeważają nad ciałkami obojętno-chłonnemi. Badanie krwi potwierdza więc postawioną przez prelegenta teorję (wyłożoną w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w listopadzie 1920 r.), że w następstwie śpiączki powstają zaburzenia w układzie gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, któreto zaburzenia dopiero wtórnie prowadzą do zespołu amyastatycznego.

W dyskusji: 1) kol. Eisenberg zwraca uwagę, że Jaksch i Pierfrancesco w pewnej części przypadków śpiączki nagminnej spostrzegali we krwi limfocytozę, przedewszystkiem zaś Géronne (Berl. klin. Wochenschr. 1920 Nr 49) badał obraz hematologiczny w 17 przypadkach i stwierdził w 2 ilość limfocytów wynoszącą 30—40%, w 7 40—50%, w 4 51—60%, w 3 61—70%, a tylko jeden nie objawiał limfocytozy. Limfocytoza w jego przypadkach trwała długie miesiące, po części nawet poza kliniczne wyleczenie. Na podstawie swoich spostrzeżeń Géronne skłonny jest przypuszczać u swoich pacjentów, jako czynnik usposabiający do zakażenia (nieznanym) zarazkiem śpiączki — stan grasicznolimfatyczny wzgl. degeneratywny obraz krwi (Bauer) lub infantylizm narządów krwiotwórczych (Gierlich). Patolog frankfurcki Herxheimer przy badaniu pośmiertnem materjału Géronnea kilkakrotnie stwierdził rzeczywiście objawy anatomiczne stanu grasiczno-limfatycznego, zwraca on również uwagę na przodowanie limfocytów w charakterystycznych naciekach okołonaczyniowych w mózgu. Różnica między hipotezą kol. Reicha a hipotezą Géronnea polegałaby na tem, że Géronne upatruje w wymienionej wadzie ustrojowej warunek zakażenia (stąd wynikałby brak zaraźliwości tej choroby zakaźnej), gdy kol. Reich upatruje w obrazie krwi i zmianach w pobudliwości nerwowej następstwa zakażenia wzgl. działania jadów. E. sam dwukrotnie również spostrzegał limfocytozę u chorych na śpiączkę nagminną.

2) Kol. Reich w odpowiedzi kol. Eisenbergowi podaje, że Kocherowski obraz krwi może być wprawdzie znamieniem anomalji konstytucjonalnej, że jednak może powstać (kondycjonalnie), jako odczyn narządu krwiotwórczego przy wszelkich zaburzeniach równowagi w układzie gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, niezależnie zresztą od tego, który gruczoł jest punktem wyjścia dla tego zaburzenia równowagi gruczołowej.

V. Kol. Bohdanowicz wygłosił referat: **Wyniki dożylnych wstrzykiwań kollargolu w wiewiórze.** Chcąc sprawdzić zachwalane przez niemieckich badaczy, jak Nast, Menzi, Weber, wyniki dożylnego stosowania kollargolu w tej chorobie, stosował B. środek ten w 140 przypadkach najrozmaitszych postaci wiewióra. Na podstawie swych spostrzeżeń, nie podzielając entuzjazmu cytowanych autorów, przedstawiających kollargol, jako środek heroiczny, dochodzi jednak B. do wniosku, że kollargol może być uważany za środek pomocniczy, skracający przebieg wiewióra lub czyniący go więcej podatnym na zwykłe klasyczne leczenie. Nie radzi stosować więcej nad dwie odległe od siebie o dni parę dawki, pierwszą 0·08, drugą 0·10 kollargolu w rozczynie wodnym 1%. (Streszczenie własne). (Praca ta ukazać się ma w »Lekarzu wojskowym«).

W dyskusji: 1) kol. Walter zaznacza, że w leczeniu wiewióra, zwłaszcza cewki moczowej męskiej mają znaczenie przedewszystkiem dwa czynniki, t. j. budowa anatomiczna cewki moczowej i zjadliwość danego szczepu dwoinek wiewiórowych. Dlatego usprawiedliwione są próby i poszukiwania sposobów leczenia, któreby mogły mieć korzystny wpływ na te dwa czynniki i w ten sposób mogłyby wzmocnić leczenie miejscowe. Jednak nadziei tych kollargol nie ziścił, jak to już z całego szeregu prac, jak również i kol. prelegenta, można wywnioskować. Mowca stosował wstrzykiwania dożylne kollargolu i w kilku przypadkach wiewióra u kobiet, jednak z wynikami zupełnie ujemnemi. Natomiast korzystnym bardzo okazał się wpływ tego sposobu leczenia w przypadkach (dwóch) ogólnego zakażenia dwoinkami Neissera. Mowca sądzi, że leczenie to tylko w tych warunkach może mieć znaczenie. (Streszczenie własne).

2) Kol. Eisenberg podnosi, że już na podstawie danych teoretycznych można było przewidzieć skromne wyniki lecznicze, uzyskane przez prelegenta. Wiadomo z licznych doświadczeń, że bezpośrednie działanie bakterjobójcze srebra kolloidalnego w probówce przy bezpośrednim kontakcie z zarazkami jest dość słabe. Wiadomo również, że wstrzyknięte do obiegu krwi srebro to w najkrótszym czasie znika z krążenia i zostaje złożone w śródbłonkach naczyniowych głównie w wątrobie i śledzionie (w komórkach kupferowskich). Wobec tego naturalnie trudno przypuścić, aby srebro mogło się dostać do błony śluzowej dotkniętej zakażeniem i bezpośrednio zadziałać na zarazek. Wyniki lecznicze, spostrzegane przez prelegenta, jak również spostrzegane w niektórych przypadkach ogólnych zakażeń ropnych, należy prawdopodobnie zaliczyć do kategorji nieswoistych działań leczniczych obcego białka (mleka, surowic, kazeiny, szczepionek bakteryjnych i t. p.), których zakres z każdym dniem się rozszerza, a które tłómaczy się na razie dość elastycznem pojęciem »aktywacji protoplazmy« (Weichard i Schittenhelm). W przypadku działania metali kolloidalnych chodzi być może o zaburzenia równowagi kolloidalnej protoplazmy, wywołane przez adsorpcję cząsteczek metali. (Streszczenie własne).

3) Kol. Rosner jako położnik interesuje się żywo metodą leczniczą, polegającą na dożylnem stosowaniu kolloidalnego srebra, gdyż sposób ten oddawna jest w użyciu w gorączce połogowej. Wielkie dzieła położnicze w ustępie o gorączce szczegółowo omawiają ten sposób leczenia (Herff, Zweifel). Otóż wiemy zgodnie z tem, co mówił kol. Eisenberg, że srebro kolloidalne szybko znika z obiegu, odkładając się przedewszystkiem w wątrobie, a nadto w mniejszej ilości w innych narządach, między innemi w płucach. Działanie jego w zakażeniu połogowem ogólnem jest, jak powszechnie sądzą, mniej baterjobójcze, a więcej odtruwające, antytoksyczne. To ostatnie, jak zresztą dowodzą doświadczenia »in vitro«, polega na katalizacyjnem działaniu rozpylonego ad maximum metalu, to jest na przyspieszeniu tych procesów chemicznych, które toksyny chemiczne przetwarzają, a przez to unieszkodliwiają. Jeśli tak jest, to trudno sobie wyobrazić, jak działać może srebro kolloidalne na miejscowe zakażenie dwoinkami Neissera. W ostatnich czasach w leczeniu gorączki połogowej kollargol ustępuje miejsca połączeniu kolloidalnego srebra z barwikiem t. j. błękitem metylenowym (argochrom). Badania wykazują, że srebro połączone z barwikiem znacznie dłużej pozostaje w obiegu i że barwik, mający, jak wiadomo, powinowactwo do ciała bakterji, a silnie ze srebrem związany, przemyca niejako metal do bakterji i umożliwia mu katalityczne działanie. W miejscowem zakażeniu wiewiórowem dożylne stosowanie tego środka nie będzie mieć zapewne też działania.

Prócz tego w dyskusji zabierali głos koledzy Lenartowicz, Seńkowski (2 r.) i prelegent.

Cała dotychczasowa Redakcja »Przeglądu lekarskiego«, wybrana przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, pozostaje bez zmiany i stanowić będzie aż do nowych wyborów miejscowy, krakowski Komitet redakcyjny »Polskiego Czasopisma lekarskiego«. Przewodnicząc nadal temu gronu, przestaję jednak być redaktorem głównym i z dzisiejszym zeszytem »Przeglądu lekarskiego«, który odtąd nie będzie czasopismem samoistnem, rozstaję się z samodzielnym warsztatem redakcyjnym. Dlatego niech mi wolno będzie zakończyć ten okres kilku słowami osobistemi.

Piętnaście lat redakcji, a dwadzieścia pięć działalności w jednem czasopiśmie, to okres dość długi, aby się i do swej pracy i do czasopisma i do czytelników przywiązać. Toteż z żalem z niemi się rozstaję, mimo, że praca redaktorska, acz na zewnątrz mało znaczna, nie jest drobną ani lekką. Nie była jednak nigdy przykrą, a nieraz niosła pokrzepienie. Płynęło ono z zadań i celów wytkniętych »Przeglądowi lekarskiemu« przez jego niezapomnianych założycieli, z sześćdziesięcioletniej tradycji czasopisma, z plonów, zebranych przez poprzedników, z pomocy i życzliwości, któremi zawsze, a szczególnie w trudnych chwilach, darzyli »Przegląd lekarski« światli i doświadczeni Koledzy. Im to w całym tym okresie najwięcej zawdzięcza »Przegląd lekarski«, względem nich zaciągnąłem też osobiście na zawsze zobowiązanie. Wprowadzał mnie do »Przeglądu lekarskiego« ś. p. profesor Domański, czujny strażnik czystości języka, pragnący wszystkim pisarzom lekarskim wszczepić swoje dobrej polszczyzny umiłowanie. Ster »Przeglądu lekarskiego« podawał mi Dr August Kwaśnicki, czcigodny przedostatniej walki o wolność Polski uczestnik, toteż przodownik na drogach do Jej zjednoczenia, torujący je wytrwale w zakresie swojej pracy, czego i »Przegląd lekarski« w jego rękach coraz żywszym stawał się wyrazem. Wspierała mnie gorliwa i jednym ożywiona duchem Komisja redakcyjna, przez te lata prawie niezmieniona, w której zawsze znajdowałem najlepszych doradców, dzielni, a często znakomici współpracownicy, nigdy nie sprawiający zawodu, doskonały i pismu prawdziwie oddany personal Drukarni Uniwersyteckiej. Ale największą podnietą do pracy był bliski, poprostu serdeczny węzeł, który spletli z »Przeglądem lekarskim« jego czytelnicy, tysiączne koło wiernych przyjaciół pisma w kraju i w ziemiach kresowych, setki garnących się ku niemu z dali rodaków, od Syberji po Atlantyk i od lodów północy do brzegów Nilu, i z za Oceanu, gdzie w szlachetnych Stanach Zjednoczonych drugą niemal znaleźli ojczyznę. Te zbiegające się w »Przeglądzie lekarskim«, jak może w żadnem innem jakiemkolwiek polskiem czasopiśmie, promienie myśli i pracy polskiej, toć była jego największa duma i dla jego redaktorów największa nagroda.

Stare wszystkim przyjaciołom pisma: »Bóg zapłać!«. A tym, w których ręce przechodzi »Przeglądu lekarskiego« puścizna, jedno tylko życzenie: oby, ku pożytkowi ogólnemu, praca ich była zawsze skuteczna, a plony jak najbogatsze.

Stanisław Ciechanowski.

Od Administracji

Wobec konieczności podniesienia poziomu czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego przez skupienie sił i zwiększenie objętości oraz wobec rosnących trudności wydawania czasopism w sposób dotychczasowy, uchwaliły Towarzystwa lekarskie lwowskie i krakowskie na swych Walnych Zgromadzeniach w lipcu i sierpniu jednomyślnie zawiesić samodzielne wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego« i »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« i złączyć je z »Polskiem Czasopismem lekarskiem«, które wychodzić będzie od października b. r. w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie nakładem H. Altenberga pod zbiorową redakcją Komitetów miejscowych jako tygodnik w zeszytach co najmniej dwuarkuszowych w dotychczasowym formacie »Przeglądu« i »Tygodnika lekarskiego« za przedpłatą około 300 mp. miesięcznie.

»Przegląd lekarski« i »Tygodnik lekarski lwowski« przestają wychodzić jako samodzielne pisma z końcem września b. r., a zeszyt niniejszy jest ostatnim zeszytem samodzielnym. »Polskie Czasopismo lekarskie« będzie dalszym ciągiem wszystkich złączonych czasopism. Towarzystwo lekarskie krakowskie i lwowskie uznały »Polskie Czasopismo lekarskie« za swój organ a prenumeratę tego Tygodnika za obowiązkową dla wszystkich swych członków. Zwolnienie z tego obowiązku w wyjątkowych wypadkach stanowi przywilej Prezydjum danego Towarzystwa.

Członkowie Polskiego Towarzystwa lekarzy b. Galicji, nie należący do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego lub lwowskiego, mogą otrzymać zwrot kwoty wpłaconej jako prenumerata za »Przegląd« i »Tygodnik lekarski« na IV kwartał 1921, a to stamtąd, gdzie ją wpłacili.

Inni prenumeratorowie »Przeglądu lekarskiego« mogą otrzymać zwrot prenumeraty, przypadającej za IV kwartał 1921, wprost z Administracji »Przeglądu lekarskiego« tylko w takim razie, jeżeli ją byli wpłacili bezpośrednio tej Administracji.

Prenumeratę na »Polskie Czasopismo lekarskie« przesyłać należy albo wprost do księgarni wydawniczej H. Altenberga, Lwów, ul. Pańska 16, albo przez księgarnie. Administracja »Przeglądu lekarskiego« zostaje zwinięta i przedpłaty na »Polskie Czasopismo lekarskie« nie przyjmuje.

Wiadomości bieżące.

W Klinice neurologiczno-psychjatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego wakują posady asystentów. Szczegóły w inseracie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

WYDZIAŁ POWIATOWY
SEJMIKU HRUBIESZOWSKIEGO

L. 411/II
I

ZAWIADOMIENIE.

Trzy miasteczka tutejszego powiatu t. j. Grabowiec, Kryłów i Horodło nadają się do osiedlenia przez wolno praktykujących lekarzy.

Celem umożliwienia osiedlenia się Wydział Powiatowy przeznaczył każdemu subwencję 150 000 Mk. rocznie, płatną w ratach miesięcznych z dołu

Reflektanci z kilkuletnią praktyką zawodową, narodowości polskiej, religji rzymsko-katolickiej zechcą się zgłosić po bliższe informacje do Wydziału Powiatowego w Hrubieszowie (Województwo Lubelskie).

184 Przewodniczący Wydziału Sejmiku:
Sekretarz: (podpis nieczytelny). Starosta: *B. Zamościk.*



